

GAMBARAN DEPRESI PADA ODHA PEREMPUAN YANG TINGGAL DI JAKARTA

Madyastha Aji Bhirawa

Magister Psikologi Profesi
Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya

madyastha.aji@gmail.com

ABSTRACT

Indonesia is the one of the countries in the world with the epidemic transmission of HIV, which continues to grow. The transmission of HIV and AIDS is again related to risky of behavior and population key. In fact many couples who are contracting a partner who had behavior risk. In Indonesia the number of women who are infected increases. This indicates the susceptibility of women to HIV infection and AIDS.

This descriptive study aims to discuss the depression in ODHA women who live in Jakarta. The method used is qualitative with the interviews. The respondents involved in this research were two adult female ODHA which are beginning with the age of the 21-40 years and suffer from depression in accordance with depression in BDI-II.

Data analysis revealed the different levels of depression that women were affected from their experienced problems, the disclosure status of HIV, the stigma and discrimination, and social support. In addition, the issues of this women who affected with HIV were parenting and caring family members and they were the person who support their families. From the two respondents this study discovered that both have negative thinking to themselves, experience, and future.

Keywords: depression, HIV and AIDS, women

PENDAHULUAN

Indonesia adalah salah satu negara di dunia dengan tingkat epidemi penularan HIV yang terus berkembang. Badan Pusat Statistik Nasional melaporkan bahwa jumlah populasi di Indonesia mencapai 237,5 juta jiwa di tahun 2010 dan diestimasikan prevalensi HIV sebesar 0,27% pada populasi dengan usia 15-49 tahun (Depkes RI, 2010). Sementara itu, situasi epidemi HIV di Indonesia terjadi sebuah transisi penularan dari mode transmisi melalui penggunaan jarum suntik menjadi penularan melalui transmisi seksual. Transmisi penularan HIV melalui transmisi seksual akan ikut berkontribusi

pada kerentanan perempuan dan remaja perempuan akan infeksi HIV. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam laporannya mencatat bahwa telah terjadi kenaikan angka kasus HIV yang cukup signifikan dari tahun ke tahun.

Berdasarkan UNAIDS, jumlah populasi yang terinfeksi HIV dan AIDS pada tahun 2014 sekitar 660.000 (600.000-720.000). Sebelumnya pada tahun 2013 sekitar 640.000 (420.000-1.000.000). Laporan global epidemi AIDS menunjukkan bahwa 34 juta orang terinfeksi HIV dan 50% dari total keseluruhan adalah wanita (UNAIDS, 2015).

Menurut laporan perkembangan HIV & AIDS di Indonesia hingga Triwulan I tahun 2016 sebanyak 32.711 kasus, sedangkan kumulatif dari tahun 1987 -2016 sebanyak 191.073 kasus. Persentase infeksi HIV tertinggi dilaporkan pada kelompok umur 25-49 tahun sebanyak 69,7%, diikuti kelompok umur 20-24 tahun sebanyak 16,6%, dan kelompok umur 50 tahun ke atas sebanyak 7,2%. Jumlah infeksi HIV tertinggi yaitu di DKI Jakarta sebanyak 40.500 kasus, diikuti Jawa Timur sebanyak 26.052 kasus, Papua sebanyak 21.474 kasus, Jawa Barat sebanyak 18.727 kasus, dan Jawa Tengah sebanyak 13.547 kasus (Depkes RI, 2016).

Selama ini masyarakat menganggap hanya seorang pengguna narkoba suntik (penasun), wanita pekerja seks (PS), pria pengguna jasa PS, serta kaum homoseksual yang akan memiliki resiko terinfeksi HIV. Pada kenyataannya di tahun 2002 ditemukan jika penularan HIV telah meluas hingga ke rumah tangga (Depkes RI, 2016). Ibu rumah tangga dan tidak memiliki perilaku beresiko terinfeksi HIV dan AIDS tertular dari suami mereka yang pernah memiliki riwayat perilaku seksual beresiko atau pernah menggunakan narkoba suntik yang tidak steril.

Para istri yang terinfeksi HIV dari suaminya ini biasanya mengetahui jika mereka terinfeksi setelah suami atau anak jatuh sakit. Para istri sebagian besar pasangannya sudah meninggal, sehingga harus menghadapi kenyataan untuk melawan virus yang ada di dalam tubuh mereka, selain harus membesarkan anak dan mencari nafkah untuk menghidupi keluarganya. Para istri ini menghadapi beberapa beban sekaligus, sebagai ODHA perempuan, istri yang terinfeksi HIV dari suami, dan sebagai *caregiver* (perawat) suami atau anak yang terinfeksi HIV.

Meningkatnya ODHA perempuan disebabkan perempuan lebih rentan untuk terinfeksi HIV. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor, seperti faktor sosial, ekonomi, dan konstruksi gender. Faktor sosial ditunjukkan melalui pelecehan dan pemaksaan seksual, kekerasan dalam rumah tangga, dan terbatasnya akses pengobatan pada infeksi menular seksual (IMS) membuat perempuan rentan terinfeksi HIV (Depkes, 2016). Pada faktor ekonomi, kemiskinan seringkali menyebabkan perempuan terpaksa melakukan praktek seks komersial (Depkes, 2016). Dalam konstruksi gender di Indonesia, seksualitas perempuan diletakkan di bawah dominasi pria, yang berarti perempuan harus melayani kebutuhan seksual dan emosional pria. Perempuan yang

sudah menikah juga tidak memiliki kekuatan untuk bernegosiasi dengan suaminya dalam menggunakan kondom atau mencegah tidak berhubungan seksual.

Aspek kesehatan, perempuan seringkali mengabaikan perawatan kesehatan diri sendiri, karena sibuk mengurus rumah tangga, terutama jika ada anggota keluarganya yang juga terinfeksi HIV. Pada aspek psikologis ODHA seringkali kesulitan mengungkapkan status mereka positif HIV kepada keluarga, hal ini dapat terkait dengan rasa malu, rasa bersalah dan ketakutan. Perempuan yang terinfeksi HIV memiliki perbedaan pengalaman dengan laki-laki yang terinfeksi dalam aspek kesehatan, psikologis, dan sosial (Kalichman, 1996). Individu yang didiagnosa HIV akan mengalami berbagai reaksi psikologis, seperti merasa bersalah, marah, tidak berdaya, merasa cacat dan tidak berguna, dan menutup diri (Shafer, 2006).

ODHA sering kali mengalami stigma dan diskriminasi dari lingkungan karena adanya rasa takut akan infeksi atau tertular, ditambah dengan adanya asumsi negatif terkait nilai dan moralitas mengenai ODHA (UNAIDS, 2008). Diskriminasi dapat terjadi di berbagai bidang, seperti kesehatan, pekerjaan, dan pendidikan. Stigma dan diskriminasi yang terjadi pada perempuan dengan HIV terjadi karena masih kurangnya pengetahuan dan informasi yang dimiliki masyarakat sekitar mengenai HIV. Bahkan tidak jarang stigma dan diskriminasi tersebut dilakukan oleh petugas layanan kesehatan yang seharusnya bisa menjadi fasilitator bagi masyarakat dan ODHA dalam pemahaman tentang HIV. Stigma dan diskriminasi merupakan hal yang dikhawatirkan oleh ODHA perempuan karena terdapat penanaman nilai-nilai tertentu sejak kecil yang mempengaruhi pola pikir ODHA sebagai seorang perempuan. Stigma dan diskriminasi terhadap ODHA, memiliki andil dalam munculnya pemikiran-pemikiran negatif dalam pikirannya yang berhubungan dengan penyakit yang dideritanya. Adapun pemikiran yang sering muncul pada ODHA antara lain, tidak pantas untuk diterima atau dicintai, merasa tidak memiliki arti hidup, masa depan suram dan tidak berdaya karena penyakit yang diderita akan menyebabkan kematian. Adanya pemikiran-pemikiran tersebut, membuat ODHA menjadi marah, tidak berdaya, stres, dan depresi.

Menurut Saragih (2008) depresi dan infeksi HIV mempunyai hubungan yang sangat kompleks satu sama lain. Depresi dapat memberikan dampak memperberat infeksi HIV melalui beberapa perubahan perilaku yang terjadi, misalnya berkurangnya motivasi untuk sembuh kepatuhan minum obat, dan juga gejala-gejala neurovegetatif yang terjadi (gangguan tidur berkurangnya nafsu makan, dan gangguan disfungsi seksual), serta gangguan kognitif (susah berkonsentrasi, pelupa) dapat memperburuk gangguan sistem imun dari penderita yang baik secara langsung maupun tidak langsung dapat memperberat perjalanan dari infeksi HIV, gangguan sistem imun yang dimaksud adalah penurunan yang semakin cepat dari jumlah CD4, yang secara otomatis juga meningkatkan risiko terjadinya infeksi oportunistik.

Beberapa hasil studi menunjukkan bahwa tidak adanya dukungan sosial, isolasi masyarakat, dan adanya stigma dapat membuat penderita HIV lebih beresiko

mengalami tingkat stres dan depresi yang lebih tinggi, serta memiliki kualitas hidup yang lebih rendah (Vardhana & Laxminarayana, 2011). Claudio (2011) dalam penelitiannya menunjukkan tingkat depresi pada ODHA perempuan (87,5%) dan ODHA laki-laki (63,3%). Penelitian Eugene, et. al (2011) menunjukkan 9,6% ODHA perempuan mengalami *major depressive disorder*, lebih besar dibandingkan pada ODHA laki-laki sebesar 4,1%. Penelitian yang dilakukan oleh Mark (2012) menyatakan bahwa 17,9% ODHA perempuan dan 14,3% pada ODHA laki-laki menderita depresi. Penelitian yang dilakukan oleh Morrison (2002) menunjukkan ODHA perempuan yang mengalami depresi sebesar 19,4% dan pada perempuan yang tidak terinfeksi HIV/AIDS adalah 4,8%. Penelitian yang dilakukan oleh Dodds, et. al (2004) menunjukkan 18% ODHA perempuan, sedangkan pada populasi normal sebesar 11,7% mengalami depresi.

Nurrachman (2010) mengatakan bahwa pemahaman atas perempuan menjadi relatif lebih kompleks karena secara naluri perempuan memposisikan dirinya berada di dalam relasi dengan orang lain bukan hanya dengan dirinya sendiri saja. Aspek-aspek biologi, psikologi, sosial, dan kultural perlu dipandang sebagai suatu kesatuan untuk memahami perilaku perempuan.

Berdasarkan hal-hal yang telah diuraikan di atas, peneliti menekankan bahwa terdapat dua faktor yang berperan dalam perkembangan kesehatan pribadi seseorang yang menderita suatu penyakit, khususnya HIV dan AIDS. Faktor pertama adalah bagaimana individu tersebut mengartikan permasalahan, faktor kedua adalah bagaimana individu tersebut memandang diri sendiri, pengalaman, serta masa depannya terkait permasalahan yang dialami. Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan pemahaman depresi yang terjadi pada ODHA perempuan.

METODE PENELITIAN

Kriteria inklusi Partisipan Penelitian adalah:

1. Partisipan adalah seorang perempuan dewasa awal dengan rentang usia 21 – 40 tahun.
2. Partisipan adalah seseorang yang terinfeksi HIV.
3. Partisipan adalah seorang yang mengalami depresi sesuai dengan tingkatan depresi pada BDI-II.
4. Partisipan berdomisili di Jakarta.

Instrumen Penelitian

Untuk melihat aspek depresi yang dialami oleh partisipan, peneliti menggunakan *Beck's Depression Inventory – II* (BDI-II) sebagai *screening* gejala depresi yang dialami partisipan untuk mengetahui sejauh mana tingkat depresi yang dimiliki oleh partisipan. BDI-II memiliki beberapa pilihan jawaban, dan diisi sendiri oleh masing-masing partisipan sesuai kondisi yang mereka rasakan. BDI dikembangkan pertama kali

oleh Beck, Ward, dan Mendelson (1961) untuk mengukur tingkat depresi pada populasi yang bersifat general. Lebih lanjut, reliabilitas dan alat ukur ini dilaporkan mencapai koefisien *Cronbach's alpha* 0,86 saat diujikan pada populasi psikiatrik dan 0,81 saat diujikan pada populasi non-psikiatrik. Sementara itu, validitas alat ukur ini pun terbukti baik karena berkorelasi signifikan dengan *Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)* sebesar 0,73 (Beck, Steer, & Carbin, 1988).

Uji validitas dan reliabilitas BDI-II dalam norma Indonesia dilakukan oleh Ginting, Naring, van der Veld, Sriyasekti, Becker pada tahun 2013. Uji reliabilitas ini dilakukan pada 720 populasi umum partisipan sehat, 215 pasien jantung coroner, serta 102 pasien depresi. Koefisien *Cronbach's alpha* 0,90 untuk total skor (21 item), 0,80 faktor kognitif (7 item), 0,81 faktor somatic (9 item), dan 0,74 faktor afektif (5 item). Nilai-nilai tersebut mengindikasikan bahwa internal konsistensinya tinggi. *Cronbach's alpha* padapartisipan sehat 0,90, pada pasien penyakit jantung koroner 0,87, dan pada pasien depresi 0,91. *Test retest* korelasi menunjukkan hasil BDI-II yang signifikan yaitu 0,55. (Ginting, et. al, 2013).

Pedoman wawancara disusun berdasarkan BDI-II agar wawancara yang dilakukan tidak menyimpang dari tujuan penelitian dan tetap merujuk permasalahan yang dialami oleh ODHA perempuan dan simptom-simtom depresi yang dialami. Selain itu, peneliti menggunakan alat perekam sebagai alat bantu selama wawancara berlangsung. Penggunaan alat perekam selama proses wawancara dilakukan atas sepengetahuan dan izin dari partisipan penelitian.

Prosedur Penelitian

Penelitian ini dimulai dengan menemukan tema untuk dikaji. Kemudian menghubungi beberapa pihak terkait untuk mendapatkan gambaran yang mampu mendukung tema tersebut. Selanjutnya dilakukan tahapan-tahapan penelitian sebagai berikut:

1. Tahap Persiapan Penelitian

Tahap persiapan dimulai dengan mengumpulkan kajian-kajian kepustakaan yang dapat mendukung tema yang akan diajukan dalam proposal penelitian. Setelah proposal penelitian disetujui, peneliti menjajaki lapangan untuk menilai keadaan. Peneliti mengumpulkan kajian-kajian kepustakaan yang dapat mendukung permasalahan, menemukan teori yang cocok dan menentukan metode penelitian. Untuk mendapat itu semua peneliti mencari dari berbagai macam sumber seperti pencarian lewat internet, koran, dan literatur pada beberapa kepustakaan. Setelah semua permasalahan beserta data-data dan teori pendukung dirangkum maka dibuat panduan wawancara dan observasi. Sebelum peneliti melakukan pengambilan data, maka peneliti mencari sendiri partisipan penelitian yang akan diteliti dengan bantuan dari Pusat Penelitian HIV dan AIDS Universitas Katolik Atma Jaya Jakarta.

Partisipan yang diperoleh sebanyak dua orang dan dianggap cukup untuk mendapatkan gambaran depresi pada ODHA perempuan.

2. Tahap Pelaksanaan Penelitian

Pelaksanaan penelitian dimulai dengan menghubungi partisipan penelitian untuk mendapatkan izin dan membuat pertemuan-pertemuan untuk melakukan wawancara. Pertemuan dilakukan ditempat yang partisipan tentukan, dimana partisipan merasa nyaman ketika penelitian dilaksanakan. Dalam melakukan wawancara, peneliti menggunakan *recorder* sebagai alat bantu untuk merekam setiap pembicaraan, serta menggunakan alat tulis untuk membuat catatan-catatan.

Pertemuan dengan Partisipan 1 (DE)

Pertemuan	Hari/Tanggal	Durasi
Wawancara	Senin, 25 April 2016	120 menit
Wawancara	Jumat, 29 April 2016	120 menit
Wawancara	Sabtu, 14 Mei 2016	60 menit
Percobaan Intervensi	Senin, 23 Mei 2016	90 menit
Percobaan Intervensi	Kamis, 26 Mei 2016	120 menit

Pertemuan dengan Partisipan 2 (N)

Pertemuan	Hari/Tanggal	Durasi
Wawancara	Kamis, 2 Juni 2016	120 menit
Wawancara	Jumat, 3 Juni 2016	120 menit
Wawancara	Jumat, 10 Juni 2016	60 menit

3. Tahap Analisis Data

Data yang didapat dari wawancara dan observasi dipilih dan dikategorikan berdasarkan teori dan pedoman yang hendak diteliti. Faktor-faktor yang dianalisa adalah faktor pemicu depresi pada ODHA perempuan, masalah dalam membuka status HIV, stigma dan diskriminasi yang dialami, dukungan sosial yang diterima, serta gejala depresi yang muncul, Koreksi dan penelaahan kembali dilakukan untuk menguji ketepatan analisa dengan menggunakan konsep dan teori yang digunakan dalam desain penelitian.

4. Tahap Penulisan Laporan

Penulisan laporan dilakukan dengan membahas kasus satu persatu dan secara keseluruhan. Kemudian membuat kesimpulan dan saran-saran secara deskriptif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pembukaan status HIV (*disclosure status HIV*) pada keluarga atau pada orang-orang terdekat memiliki peranan yang cukup penting dalam dukungan pada ODHA perempuan dalam menjalani hidup sebagai ODHA, terutama dalam hal perawatan diri,

perawatan anak yang juga terinfeksi, maupun stigma dan diskriminasi yang dialami oleh ODHA perempuan. *Disclosure Status* HIV pada kedua partisipan memiliki kaitan erat dengan dukungan sosial dari keluarga atau lingkungan yang berkaitan dengan perawatan diri. Kedua partisipan memutuskan untuk membuka status karena adanya kebutuhan untuk mendapatkan dukungan dari keluarga terkait status mereka. D.E memutuskan untuk membuka status HIV pada keluarga karena membutuhkan bantuan dalam pengawasan dan perawatan pada anaknya yang juga terinfeksi, sedangkan N membuka status pada keluarga karena ia lupa membawa obat ARV. Hal ini menunjukkan bahwa kedua partisipan menganggap dukungan keluarga dan lingkungan memiliki peranan penting. D.E pada awalnya mengalami perlakuan tidak menyenangkan di rumah, dimana peralatan makan dibedakan dari anggota keluarga lainnya, sedangkan N sempat tidak boleh menyentuh dan berinteraksi dengan keponakan-keponakannya. Baik N, atau D.E sama-sama mengalami diskriminasi baik di dunia kerja ataupun penolakan akan pelayanan kesehatan. Keduanya juga mengalami pelanggaran hak asasi terkait status yang seharusnya menjadi hak mereka untuk dirahasiakan. D.E mengalami hal tersebut pelanggaran tersebut dari petugas jasa kesehatan dan dari perawat, hal yang dilakukan oleh mereka adalah dengan menyebutkan status sakit mereka dengan suara yang cukup keras saat D.E sedang mengurus berkas kesehatan anaknya, sedangkan yang dialami oleh N pelanggaran tersebut dilakukan oleh tenaga medis yang membuka status N kepada rekannya yang lain dan hal tersebut diketahui oleh N.

Kedua partisipan mengalami depresi dengan tingkat yang berbeda pada hasil BDI-II, dimana N mengalami depresi pada tingkat *moderate*, sedangkan D.E berada pada tingkat *severe*. Dalam Suwantara (2005) bahwa individu yang mengalami depresi berat atau *severe* akan mengalami gangguan dalam kemampuan untuk bekerja, tidur, makan, dan menikmati hal yang menyenangkan. Individu dengan depresi berat harus segera mendapatkan bantuan dari tenaga ahli. Sedangkan menurut DSM IV-TR, depresi berat atau disebut dengan *major depression* ditandai dengan adanya lima atau lebih dari simtom yang ditunjukkan dalam episode depresi berat dan berlangsung selama dua minggu atau lebih secara berturut-turut. Gejala yang ditampilkan pada D.E menunjukkan bahwa D.E memenuhi kriteria depresi berat pada berdasarkan DSM IV-TR. Sedangkan depresi dengan tingkat *moderate* ditandai dengan *mood* yang rendah dan berlangsung terus menerus. Individu dengan depresi tingkat *moderate* atau sedang juga mengalami gejala fisik. Pada depresi sedang juga dibutuhkan bantuan untuk mengatasinya (Suwantara, 2005). Pada N tampak jelas bagaimana perubahan *mood* yang dialaminya beberapa bulan belakangan ini, hingga ia sempat dirujuk untuk menemui psikiater dan diberikan obat untuk menstabilkan *mood*.

Depresi berat yang dialami D.E diakibatkan karena peristiwa kematian suami, kesehatan anak yang terus menurun, memiliki peran ganda dalam perawatan anak, mencari nafkah, serta kurangnya dukungan social. Sedangkan pada N depresi ringan yang dialami disebabkan karena suami yang berselingkuh. Permasalahan yang dialami

kedua partisipan menjelaskan kemungkinan yang membuat depresi pada kedua partisipan memiliki derajat yang berbeda

Gejala yang ditampilkan kepada kedua partisipan memiliki beberapa kesamaan pada area kognitif, dimana keduanya sama-sama merasakan kesedihan, perasaan bersalah, kegagalan akan masa lalu, serta menganggap diri mereka tidak berharga. Selain itu terdapat juga perbedaan diantara kedua partisipan pada aspek kognitif, dimana D.E memiliki kecenderungan pesimis, perasaan pantas dihukum, serta tidak menyukai diri sendiri, sedangkan pada subjek N memiliki pemikiran untuk bunuh diri. Pada aspek kognitif menunjukkan bahwa D.E menunjukkan gejala yang lebih banyak dibanding yang ditunjukkan oleh N. Sedangkan pada aspek afektif terdapat persamaan bahwa keduanya mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan serta kehilangan kesenangan. Perbedaan kedua partisipan yang terlihat adalah adanya perasaan gelisah dan terus menerus menangis pada subjek D.E, sedangkan pada subjek N menunjukkan bahwa ia menjadi mudah merasa kesal dan kehilangan gairah seksual. Pada area *somatic* menunjukkan keduanya mengalami perubahan pola tidur dan kehilangan energi. N mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi, namun pada D.E hal itu tidak terjadi. Sebaliknya D.E mengalami kelelahan, sedangkan N tidak merasakan hal tersebut.

N mulai mengalami gejala depresi pada saat ia ditinggalkan oleh suaminya yang menikah lagi dengan alasan di awal jika suaminya ingin berhijrah. Sedangkan D.E mulai mengalami gejala depresi pada saat kesehatan anaknya semakin memburuk dan perasaan bersalah atas penyakit yang diderita oleh anaknya. D.E dan N sama-sama merasakan perasaan gagal. N merasa jika dirinya gagal karena kehidupan rumah tangganya yang tidak dapat berjalan dengan baik dan hingga saat ini ia belum juga memiliki anak. Perasaan yang sama pun dirasakan oleh D.E saat ia merasa gagal mengurus suami dan anaknya. Sampai akhirnya ia harus kehilangan suaminya untuk yang kedua kalinya, ditambah dengan kondisi kesehatan anaknya yang semakin memburuk, membuat D.E semakin merasa bersalah dan gagal sebagai seorang istri dan ibu bagi keluarga kecilnya.

Meskipun kedua partisipan mengalami permasalahan yang berbeda, namun keduanya sama-sama menunjukkan pandangan negatif akan diri sendiri. Hal ini terkait perasaan gagal, perasaan bersalah, serta pantas untuk mendapat hukuman. Kedua partisipan juga memandang negatif terhadap lingkungan. D.E menganggap bahwa orang-orang sekitar tidak ada yang peduli dengannya, sehingga ia harus bisa melakukan sendiri segala hal, sedangkan pada N pandangan negatif terhadap lingkungan karena adanya rasa kurang percaya akan bantuan dari lingkungan sekitar. N lebih memilih untuk mengerjakan segala sesuatunya sendiri, dibanding hasilnya tidak sesuai dengannya dan akan berdampak tidak baik untuknya. Pandangan keduanya akan masa depan cenderung pesimis terkait kegagalan yang dialami di masa lalu. D.E pesimis akan mampu menyelesaikan semua permasalahannya karena ia menganggap masalah akan

terus menerus datang, sedangkan N merasa pesimis terkait kegagalannya tiap kali menjalin hubungan dengan lawan jenis.

Tabel Analisis Responden

	DE		N	
	Peristiwa	Penghayatan	Peristiwa	Penghayatan
Faktor pemicu depresi	<ul style="list-style-type: none"> - Terinfeksi HIV, - Anak terinfeksi HIV, - Suami pertama meninggal dunia, - Suami kedua meninggal, - Kesehatan anak yang menurun - Masalah finansial 	<ul style="list-style-type: none"> - Merasa marah terhadap pasangan karena telah menularkan pada dirinya dan anaknya, takut akan kematian - Merasa sedih, khawatir akan kondisi kesehatan anaknya - Merasa sedih - Merasa sedih dan menganggap bahwa ia telah gagal menjadi istri, serta gagal dalam membangun rumah tangga - Khawatir akan kesehatan anak, merasa bersalah dan menganggap bahwa ia bukan ibu yang baik - Keraguan untuk bekerja kembali terkait siapa yang akan mengurus anaknya, tetapi merasa sulit karena tidak memiliki pemasukkan 	<ul style="list-style-type: none"> - Terinfeksi HIV - Keguguran - Kekasih meninggal dunia - Suami berselingkuh 	<ul style="list-style-type: none"> - Merasa marah terhadap diri sendiri karena terinfeksi dari penggunaan putauw - Sedih, kecewa, dan marah - Merasa sedih - Merasa ia tidak berharga, tidak pantas untuk dicintai, dan gagal karena belum juga memiliki anak
Masalah dalam membuka status HIV	<ul style="list-style-type: none"> - Kurangnya penerimaan dari keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> - Merasa keluarga tidak peduli dan kecewa 	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak mengalami masalah dalam membuka status 	<ul style="list-style-type: none"> - Merasa bersyukur karena keluarga bisa menerima statusnya

Stigma dan diskriminasi	<ul style="list-style-type: none"> - Alat makan dipisahkan dengan anggota keluarga lain - Diskriminasi oleh petugas kesehatan saat menangani anaknya 	<ul style="list-style-type: none"> - Merasa dibedakan - Merasa marah dan kecewa 	<ul style="list-style-type: none"> - Alat makan dipisahkan, - Tidak boleh memegang keponakan-keponakan - Diskriminasi oleh petugas kesehatan saat ia keguguran - Proses pembuatan visa kedutaan Amerika - N pernah dianggap sebagai perempuan tidak baik terkait statusnya sebagai ODHA - N diminta untuk pergi dari kosannya setelah memberikan testimoni HIV dan AIDS (lingkungan sekitar menjadi mengetahui bahwa N adalah ODHA) 	<ul style="list-style-type: none"> - Merasa dibedakan\ - Merasa kesal - Merasa disudutkan (<i>self stigma</i>)
Dukungan sosial yang diterima	<ul style="list-style-type: none"> - Kurangnya dukungan dari keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> - Perasaan tidak berdaya dan merasa sendirian 	<ul style="list-style-type: none"> - Mendapatkan dukungan yang sangat baik dari keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> - Bersyukur dan senang
Simtom depresi yang muncul	<p>1. Kognitif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kegagalan masa lalu b. Perasaan bersalah 	<p>1. Kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Merasa kehidupannya berada di titik bawah, merasa gagal b. Merasa bersalah tidak memprioritaskan keluarganya, tidak mengurus suami dan anaknya dengan semestinya c. Merasa tersudut dan disalahkan atas meninggal- 	<p>1. Kognitif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kegagalan masa lalu b. Perasaan bersalah c. Perasaan dihukum 	<p>1. Kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Merasa menyesal dan gagal akan masa lalu (rumah tangga, karir, dan ekonomi) b. Menyalahkan diri sendiri saat suatu kejadian yang tidak menyenangkan terjadi c. Menganggap dirinya bukanlah istri yang baik terkait suami yang berselingkuh

	nya suami D.E, terlalu fokus bekerja, merasa dihukum oleh Tuhan		d. Menganggap dirinya memiliki andil kesalahan atas suatu kejadian yang terjadi
c. Perasaan dihukum	d. Kurang percaya diri dan nyaman untuk bersosialisasi keluar rumah	d. Mengkritik diri sendiri.	e. Seringkali gegabah dan kurang memikirkan konsekuensi dari keputusan yang ia ambil.
d. Tidak menyukai diri sendiri	e. Merasa bersalah karena menularkan anak, menyesal tidak tegas terhadap anaknya untuk minum obat, takut kehilangan anak, merasa bersalah dan beban tidak sempat mengurus suami keduanya saat sakit	e. Sulit mengambil keputusan	2. Afektif
e. Mengkritik diri sendiri.	f. Merasa bimbang saat harus memutuskan sesuatu	2. Afektif: a. Pesimis	a. Mudah putus asa dan tidak yakin dengan kemampuannya, N lebih memilih untuk menyelesaikan permasalahannya sendiri karena tidak yakin dengan bantuan orang lain.
f. Sulit mengambil keputusan	g. Menyesal karena pada saat bekerja tidak memperhatikan kesehatan suami dan anak. Perasaan tidak berguna untuk keluarga kecilnya dirasa setelah kondisi kesehatan anak memburuk dan suami kedua meninggal	b. Pikiran atau keinginan bunuh diri	b. N pernah berpikir untuk mengakhiri hidupnya karena merasa tidak diinginkan oleh siapapun
g. Merasa tidak layak		c. Kehilangan minat	c. N sering menarik diri saat bersama teman- temannya, takut untuk memulai hubungan baru.
	2. Afektif	3. Somatik	3. Somatik
	a. Sedih akan kondisi anak yang terus berduka paska	a. Perubahan pola tidur	a. Seringkali terbangun saat tidur ketika menghadapi masalah
		b. Mudah marah	b. N dapat dengan

	suaminya meninggal, serta sedih melihat kondisi fisik anak yang tidak kunjung membaik dan terus menurun		cepat marah dengan mengumpat, teriak, atau marah-marah dengan memvisualisasikan orang yang bermasalah dengannya
2. Afektif:			
a. Kesedihan	b. Merasa ragu terhadap diri sendiri untuk menyelesaikan permasalahan	c. Sulit berkonsentrasi	c. Melamun dan sulit fokus untuk waktu yang lama, lupa, dan melakukan sesuatu secara berulang.
	c. Minder dan tidak bersemangat karena kejadian-kejadian yang dialami	d. Kelelahan	d. N menjadi lambat dalam beraktifitas dan kondisi fisiknya menurun.
b. Pesimis	d. Sempat terlintas pikiran untuk bunuh diri dengan cara mencampur obat-obatan dengan minuman bersoda	e. Kehilangan gairah seksual	e. Sejak mengetahui suaminya berselingkuh N mengatakan bahwa ia benar-benar kehilangan minat dan gairah dalam berhubungan dengan lawan jenis
c. Kehilangan gairah	e. Menghindar dan lebih memilih untuk menyendiri		
d. Pikiran atau keinginan bunuh diri			
	3. Somatik		
	a. Mudah menangis dan marah tanpa alasan secara tiba-tiba.		
e. Kehilangan minat	b. Sering mengalami gelisah ketika malam hari		
3. Somatik:	c. Kehilangan semangat dalam bekerja		
a. Menangis	d. Kesulitan untuk tidur		
b. Gelisah	e. Mudah marah dan meluapkan		
c. Kehilangan tenaga atau			

semangat	kepada anak
d. Perubahan pola tidur	dengan intonasi tinggi atau
e. Mudah marah	melemparkan barang kearah berlawanan ketika anaknya sulit diatur
	f. Tidak memiliki nafsu makan sampai
f. Perubahan selera makan	mengalami sakit maag akut
	g. Kesulitan berkonsentrasi dan pikiran mudah terpecah
g. Sulit berkonsentrasi	
	h. Setiap pagi merasa kelelahan dan lambat dalam beraktifitas
h. Kelelahan	

DISKUSI

Perempuan dengan HIV menyadari bahwa pembukaan status terutama pada keluarga dan petugas kesehatan adalah hal yang penting untuk membantu mereka dalam proses perawatan diri. Namun permasalahan *disclosure status HIV* merupakan hal yang sulit dilakukan oleh perempuan dengan HIV karena adanya ketakutan dan kekhawatiran akan penolakan. Persamaan yang dirasakan D.E dan N pada saat membuka statusnya pertama kali adalah adanya perasaan takut tidak terima oleh keluarga mereka masing-masing. Pertimbangan D.E untuk membuka statusnya kepada keluarganya adalah agar suatu saat keluarganya dapat membantu menjaga anaknya disaat kondisi kesehatan D.E menurun. Sedangkan N memiliki pertimbangan jika keluarganya dapat membantu N untuk mengingatkan ia saat lupa meminum obat atau membawa obat saat bepergian.

Pada saat awal, N dan D.E membuka status kepada keluarga, keduanya mengalami diskriminasi. N dan D.E diharuskan untuk memisahkan peralatan mereka dengan keluarga yang lain karena takut tertular. Selain itu, kedua responden juga mendapatkan diskriminasi dari petugas kesehatan. D.E mengalami diskriminasi pada saat anaknya harus dirawat di rumah sakit, namun prosesnya dipersulit pada saat petugas tersebut mengetahui status anaknya sebagai ODHA. Sedangkan N mengalami diskriminasi pada dirinya sendiri saat ia mengalami keguguran dan harus mendapatkan penanganan secepatnya. Namun petugas kesehatan (dokter) di sebuah rumah sakit

hanya memeriksa dengan cara yang kurang baik dan maksimal, saat mengetahui N berstatus HIV positif.

Dukungan sosial yang diterima N cukup baik dari pihak keluarganya. N merasa jika keluarganya semakin perhatian akan kesehatan N saat mengetahui statusnya sebagai ODHA. Sedangkan D.E merasa jika keluarganya tidak dapat mendukung dan membantu saat ia membutuhkan pertolongan. D.E merasa jika ia harus melakukan semuanya seorang diri. N dan D.E sama- sama bekerja di sebuah LSM terkait dengan statusnya sebagai ODHA dan agar dapat saling mendukung dengan teman- teman yang juga positif HIV di LSM tersebut. Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan dalam Logie et al (2013) bahwa dukungan sosial berperan dalam penerimaan diri.

Penelitian yang dilakukan oleh Lee et al. (2009) menemukan bahwa stigma berdampak negatif terhadap kesejahteraan psikologi dan dukungan sosial terbukti dapat menurunkan tingkat depresi pada ODHA. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian ini bahwa ODHA perempuan yang mendapatkan dukungan sosial yang baik memiliki tingkatan depresi lebih rendah dibandingkan ODHA perempuan yang kurang atau tidak mendapatkan dukungan sosial. Kurangnya dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekat bisa menjadi salah satu penyebab depresi pada ODHA perempuan, selain itu juga dapat berdampak dengan memperparah perjalanan penyakitnya. Hal ini senada dengan yang dikemukakan Saragih (2008) bahwa depresi dan infeksi HIV memiliki hubungan yang sangat kompleks satu sama lain dan bisa memperberat perjalanan penyakit.

Bila orang yang mengalami depresi dihadapkan pada suatu masalah, mereka tidak dapat memikirkan cara menyelesaikannya. Setiap momen menjadi sangat berat dan kepala mereka akan terus-menerus dipenuhi dengan pikiran menyalahkan diri sendiri. Mereka sangat berkecil hati, tidak memiliki harapan serta inisiatif, selalu merasa khawatir, cemas dan pesimis hampir sepanjang waktu (Davidson, et.al, 2010). Beck mengemukakan bahwa cara berpikir seseorang dalam merasakan dan berperilaku ditentukan dari struktur pengalaman. Skema yang terbentuk pada penderita depresi adalah dengan mengartikan sesuatu yang diungkapkannya dalam struktur yang negatif (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2003). Menurut Beck (1979) orang yang mengalami depresi memiliki pandangan negative terhadap diri sendiri, pengalaman, dan masa depan. Hal ini senada dengan hasil wawancara dengan kedua responden, dimana mereka berdua didominasi dengan pandangan negatif terhadap diri sendiri, lingkungan, serta pemikiran gagal akan masa depan. Kedua responden cenderung menyalahkan diri sendiri atas kesalahan dan kegagalan yang dilakukannya

Depresi pada ODHA perempuan umumnya ditunjukkan dengan gejala berupa perasaan bersalah, tidak berguna dan gagal. Selain itu pandangan negatif terhadap diri sendiri, pengalaman, dan masa depan juga menjadi andil terjadinya depresi pada ODHA perempuan. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Kaplan, Sadock, & Grebb (2003) bahwa perasaan tidak berguna mempermudah timbulnya gejala depresi pada

ODHA, selain itu juga berpengaruh negatif pada pandangan mereka terhadap lingkungan sekitar dan masa depan terkait penyakit yang mereka alami.

Sukmaningrum (dalam Nurrachman, 2010) mengatakan bahwa dalam peran sebagai ibu dengan anak yang juga terinfeksi HIV, masalah psikologis yang dialami merupakan masalah yang akut. Ibu harus berkonflik dengan perasaan gagal sebagai ibu, karena menularkan kepada anaknya, serta mereka akan berhadapan dengan masalah praktis dalam rumah tangga, perawatan anak, biaya kesehatan, dan pekerjaan. Hal ini senada dengan yang dikemukakan Morrison (2002) bahwa sejumlah tuntutan sosial terhadap peran perempuan menjadi salah satu faktor utama pemicu depresi. Konstruksi sosial gender dan budaya patrialis memberi beban sosial yang berat pada peran perempuan dan berkontribusi pada tingginya kasus depresi pada perempuan.

Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti menemukan bahwa masalah internal, dukungan sosial, stigma dan diskriminasi menjadi beberapa penyebab terjadinya depresi. Hal ini sejalan dengan penelitian Vardhana & Laxminarayana (2011) bahwa tidak adanya dukungan social, isolasi masyarakat, serta adanya stigma dapat meningkatkan resiko depresi pada ODHA. Penelitian yang dilakukan oleh Charles et.al (2012), menunjukkan bahwa stigma dan kualitas hidup memiliki hubungan erat dengan terjadinya depresi pada ODHA. Meskipun kedua responden mengalami depresi dengan tingkatan yang berbeda, namun kedua responden sama-sama membutuhkan bantuan sesegera mungkin dari tenaga ahli terkait depresi yang dialami dan permasalahan yang menyebabkan depresi.

Hal-hal yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini adalah kesulitan untuk menemukan responden yang sesuai dengan kriteria responden penelitian, serta adanya keterbatasan waktu yang dimiliki oleh peneliti, baik karena kesibukkan responden ataupun terkait kondisi kesehatan responden. Keterbatasan lain yang terdapat dari penelitian ini adalah keterbatasan dalam hal generalisasi. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan sampel yang sedikit, sehingga tidak dapat digeneralisir untuk kelompok subjek yang lain.

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil analisa data terhadap kedua subjek didapatkan berbagai kesimpulan sebagai berikut:

1. Derajat depresi yang dialami oleh kedua responden memiliki perbedaan yang disebabkan oleh perbedaan masalah yang dialami. Pada D.E penyebab depresi terkait kematian suami, kesehatan anak yang menurun, masalah finansial, serta kurangnya dukungan dari keluarga. Sedangkan penyebab depresi pada N terkait dengan suaminya yang berselingkuh dan meninggalkannya, serta belum memiliki anak. Hal tersebut membuat N menganggap bahwa ia tidak diinginkan dan gagal sebagai seorang perempuan.

2. Depresi yang dialami oleh D.E ditunjukkan melalui adanya gejala kognitif, seperti kegagalan masa lalu, perasaan bersalah, perasaan dihukum, tidak menyukai diri sendiri, mengkritik diri sendiri, sulit mengambil keputusan, dan merasa tidak layak. Selain itu, adanya gejala afektif, seperti kesedihan, pesimis, kehilangan gairah, pikiran- pikiran atau keinginan bunuh diri, dan kehilangan minat. D.E juga mengalami depresi yang ditunjukkan dengan adanya gejala somatis, seperti menangis, gelisah, kehilangan tenaga atau semangat, perubahan pola tidur, mudah marah, perubahan pola makan, sulit berkonsentrasi, kelelahan, dan kehilangan gairah seksual. N juga mengalami depresi yang ditunjukkan melalui adanya gejala kognitif, seperti kegagalan masa lalu, perasaan bersalah, perasaan dihukum, mengkritik diri sendiri, dan sulit mengambil keputusan. Selain itu, adanya gejala afektif, seperti pesimis, pikiran- pikiran atau keinginan bunuh diri, dan kehilangan minat. N juga mengalami depresi yang ditunjukkan dengan adanya gejala somatis, seperti gelisah, perubahan pola tidur, mudah marah, sulit berkonsentrasi, capek atau kelelahan, dan kehilangan gairah seksual.
3. Dukungan sosialdirasa penting bagi perempuan dengan HIV dalam menghadapi berbagai permasalahan yang dialami, seperti ketika mereka memerlukan bantuan dalam tugas perawatan anak dan pada saat mereka membutuhkan teman untuk bercerita terkait permasalahan mereka hidup sebagai ODHA.

Saran Metodologis

1. Penelitian dengan responden ODHA perempuan yang mengalami depresi akan memerlukan waktu yang lama terkait dengan pembentukan rapport, perasaan percaya antara partisipan dan peneliti, isu kesehatan yang bisa menghambat partisipan untuk mengikuti wawancara, dll. Oleh sebab itu, di masa mendatang diperlukan tahapan dan waktu penelitian yang lebih lama, seperti misalnya melakukan studi kasus dan penelitian longitudinal.
2. Masih sangat sedikit penelitian terkait ODHA perempuan di Indonesia, khususnya terkait pada isu stigma dan kesehatan mental serta intervensi. Tampaknya *action research* perlu dilakukan, terutama bagi para peneliti di Magister Profesi Klinis untuk melihat sejauh mana intervensi psikologis tertentu efektif dalam menurunkan stigma atau mengurangi depresi pada ODHA perempuan.
3. Meskipun tidak ada batasan jumlah responden dalam penelitian kualitatif, namun di masa mendatang penting untuk menambahkan jumlah responden dengan karakteristik yang lebih variatif agar mendapatkan gambaran yang lebih kaya tentang ODHA perempuan. Misalnya, melihat isu budaya terkait dengan proses penerimaan status HIV dan isu kesehatan mental lainnya.
4. Penelitian selanjutnya dapat dilakukan dengan mengadakan intervensi dengan melibatkan kelompok dukungan sebaya (KDS). Hal ini mengingat pentingnya

dukungan sosial bagi ODHA dan melihat sejauh mana KDS dapat membantu ODHA perempuan dalam mengurangi derajat depresi

Saran Praktis

1. Keluarga dan lingkungan terdekat diharapkan dapat memahami situasi yang dialami ODHA perempuan. Depresi yang dialami oleh ODHA perempuan terjadi karena kurangnya dukungan sosial yang masih erat kaitannya dengan penolakan atau diskriminasi ketika ODHA perempuan membuka status HIV.
2. Praktisi yang bekerja menangani masalah HIV dan perempuan dapat memahami bahwa ODHA perempuan memiliki penerimaan yang berbeda dengan ODHA laki-laki terhadap penyakit, sehingga nantinya dapat menyusun program penanganan yang sesuai dengan kebutuhan ODHA perempuan. Perbedaan dalam penyusunan program penanganan pada ODHA perempuan perlu dilakukan mengingat kaitannya dengan isu gender dan budaya yang kerap menomorduakan perempuan.

PUSTAKA ACUAN

- Akena, Dickens., Musisi, Seggane., Joska, John., & Stein Dan J. (2012). The Association between AIDS related Stigma and Major Depressive Disorder among HIV Positive Individuals in Uganda. *Journal of Plos One*. 2012; 7(11): e48671.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bezuidenhout, C., et.al. (2006). *Psychological Impact of HIV/AIDS: People are more than Statistics*.
- Burns, D. (1988). *Terapi kognitif : Pendekatan baru bagi penanganan depresi*. Jakarta:Erlangga
- Charles, Bimal., Jeyaseelan, Lakshmanan., Pandian, A.K. et al. (2012). Association between Stigma, Depression, and Quality of Life of people Living with HIV/AIDS (PLHA) in South India- a Community Based Cross Sectional Study. *BMC Public Health*. 12(1):463.
- Chibanda, Dixon., Shetty, A.K., Tshimanga, Mufuta. et al. (2014). *Journal of the International Associations of Providers of AIDS Care*, 13 (4), 335-341
- Claudio, Garcia. (2011). Evaluation of depression and anxiety on HIV/AIDS in-patient. *Journal of AIDS and HIV Research 2011*: 3 (12):240-246.

- Cook, J.A., Burke- Miller, J.K., Grey, D.D et al. (2014). Do HIV- Positive Women receive Depression Treatment that Meets Best Practice Guidelines?. *AIDS and Behavior*, 18, (6), 1094-1102.
- Cooper, Erin. (2010). *Depression among African American Female College Students: Exploratory Factor Analysis pf The Beck Depression Inventory II*. ProQuest Dissertations and Theses.
- Corsini, R.J & Wedding, D. (1989). *Current Psychotherapies (fourth edition)*. USA: F.E. Peacock Publishers, Inc.
- Crystal, S. & Schlosser, L.R. (1999). *The HIV – Mental Health Challenge. Horwitz & T. L. (Scheids 9Ed), a Handbook for Study of Mental Health: Social Context, Theories, and Systems*. USA: Cambridge University Press.
- Depkes RI. Laporan situasi perkembangan HIV & AIDS di Indonesia Retrieved Agustus 2016, from <http://www.aidsindonesia.or.id> [4 Agustus 2016].
- Ditjen PPM & PL. (2016) *Statistik Kasus HIV & AIDS di Indonesia*. Retrieved Agustus 2016, from <http://www.yaids.com/data/DatakasusMar16.pdf> [4 Agustus 2016].
- Dodds, S. et al. (2004). *Integrating Mental Health Services into Primary HIV Care for Women. The Whole Life Project*. Available to <http://www.publichealthreports.org> [4 May 2015].
- Eugene et al. (2011). *Prevalence and risk factors of major depressive disorder in HIV/AIDS as seen in semi urban Entebbe District, Uganda. BMC Psychiatry*. 11(1):205
- Grov, Christian., Golub, Sarit A., Parsons, Jeffrey T., Brennan, Mark., & Karpiak, Stephen E. (2010). Loneliness and HIV-Related Stigma Explain Depression among Older HIV- Positive Adults. *Journal AIDS Care*, 22, (5), 630-639
- Ginting, H., Näring, G., van der Veld, W. M., Srisayekti, W., & Becker, E. S. (2013). Validating the Beck depression inventory-II in Indonesia's general population and coronary heart disease patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(3), 235-242.
- Hackl, K.L., Somlai, A.M., Kelly, J.A., & Kalichman S.C. (1996). Women Living with HIV/AIDS: The Dual Challenge of Being a Patient and Caregiver. *Oxford Journals*. 22(1):53-62.
- Judith G. Rabkin. (2008). HIV and depression: 2008 Review and update. *Current HIV/AIDS Report*.

- Kalichman, S.C., Simbayi, L.C., Cloete, Allanise., & Mthembu, Phumlele P. (2008). Measuring AIDS stigmas in people living with HIV/AIDS: The Internalized AIDS-related stigma scale. *Journal AIDS Care*, 21, (1), 87-93
- Kaplan H.I., Sadock BJ, Grebb JA. *Kaplan & Sadock's synopsis psychiatry*. 10th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
- Komunitas AIDS Indonesia. 2009. Informasi. <http://aids-ina.org> [1 Oktober 2015].
- Lee, Sung- Jae., Thammawijaya, Panithee., Jiraphongsa, Chuleeporn., & Rotheramborus, Mary Jane.(2009). Stigma, Social Support, and Depression among People Living with HIV in Thailand. *Journal AIDS Care*, 21, (8), 1007-1013
- Logie, Carmen., James, LLana., Tharao, Wangari., & Loufty, Mona.(2013). Associations Between HIV- Related Stigma, Racial Discrimination, Gender Discrimination, and Depression Among HIV- Positive African, Carribean, and Black Women in Ontario, Canada. *AIDS Patient Care and STDs*. 27 (2), 114-122
- Mello, V.A., Seguredo, A.A.& Malbergier, A. (2010). *Archives of Women's Mental Health*, 13, (3), 193-199
- Morrison MF, et al. (2002). Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *Am J. Psychiatry*. 159(5):789-96.
- Murphy, D.A. et al. (2002). *Mothers living with HIV/AIDS: mental, physical, and family functioning*. *AIDS care*, vol. 14,5, 633 – 644
- Neale, J.M., Davidson, G.C. & Haaga, D. H. F. (1996). *Exploring Abnormal Psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Nezu, A.M., Nezu, C. M., & D'Zurilla, T. J. (2012). *Problem-Solving Therapy: A Treatment Manual*. USA: Springer.
- Nurrachman., et al., (2010). *Psikologi perempuan: Pendekatan kontekstual Indonesia*. Jakarta: Atma Jaya.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative Research and Research Methods*. California: Sage Publications.
- Saragih, J. (2008). *Sindrom Depresif pada Penderita HIV/AIDS di RSUP Haji Adam Malik Medan* [Tesis]. Medan: Fakultas Kedokteran, Departemen Psikiatri Universitas Sumatera Utara.
- Shafer, A.B. (2006). *Meta-analysis of The Factor Structures of Four Depression Questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung*. *Jurnal Clinical Psychology*, 62, 123-146.

- Sherr, L., Hankins, C., & Lydia, B. (1996). *AIDS as a Gender Issue Psychosocial Perspectives*. London: Taylor & Francis Ltd.
- Simoni, J.M & NG, M.T. (2010). Trauma, Coping, and Depression among Women with HIV/AIDS in New York City. *Journal AIDS Care*, 12, (5), 567-58
- Suwantara, J. R., Lubis, D. U. & Rusli, E. (2005). *Evaluasi Beck Depression Inventory Sebagai Sarana Untuk Mendeteksi Depresi*. *Jurnal Psikologi Sosial*, 12, 69-77.
- UNAIDS. (2008). *Reducing HIV Stigma and Discrimination: a Critical Part of National AIDS Programmes*. Retrieved Juli 2015, from www.unaids.org [6 Juli 2015].
- UNAIDS. (2010). *Getting to Zero: 2011-2015 Strategy*. Retrieved Juli 2015, from www.unaids.org [6 Juli 2015].
- UNAIDS. (2013). *Reduction of HIV- Related Stigma and Discrimination*. Retrieved Juli 2015, from www.unaids.org [6 Juli 2015].
- UNAIDS. (2014). *Local Epidemics Issues Brief*. Retrieved Juli 2015, from www.unaids.org [6 Juli 2015].
- UNAIDS. (2015). *Core epidemiology*. Retrieved Juli 2015, from www.unaids.org [10 Juli 2015]
- Vardhana SM, Laxminarayana BK. *Depression in Patients with HIV/AIDS- September 2007*. <http://www.who.int/whois/whostat2007.pdf>. [7 Juni 2015].
- Vyavaharkar, Medha., Moneyham, Linda. et al. (2010). Relationships between Stigma, Social Support, and Depression in HIV- Infected African American Women Living in the Rural Southeastern United States. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21, 144-152
- WHO. *Depression*. Available to:<http://www.who.int/mediacentre/facts.html>. [1 Oktober 2015].
- White, Worawan., Grant, J.S., et al. (2012). Do Social Support, Stigma, and Social Problem- Solving Skills Predict Depressive Symptoms in People Living with HIV? A Mediation Analysis. *Research and Theory for Nursing Practice*, 26, (3), 182-204(23)

LAMPIRAN

PANDUAN WAWANCARA

ODHA Perempuan

	QUESTION	PROBING
Gambaran Status Terinfeksi HIV	Bisa anda ceritakan bagaimana proses anda mengetahui status positif HIV?	<ul style="list-style-type: none"> • Kapan anda mengetahui bahwa anda terinfeksi HIV? • Siapa yang memberi tahu anda positif HIV? • Apa yang anda pikirkan ketika mengetahui status anda? • Apa yang anda rasakan ketika mengetahui status anda?
Disclosure Status	<p>Apakah ada orang yang mengetahui status anda sebagai ODHA?</p> <p>Apakah keluarga mengetahui bahwa anda positif HIV?</p> <p>Adakah pihak lain yang mengetahui anda positif HIV?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Siapa saja yang mengetahui bahwa anda positif HIV? • Bagaimana reaksi pertama kali dari keluarga ketika mengetahui status anda? • Bagaimana perlakuan keluarga terhadap anda setelah mengetahui bahwa anda positif HIV? • Bagaimana reaksi mereka ketika mengetahui anda positif HIV? • Bagaimana perlakuan mereka setelah mengetahui anda positif HIV?
Permasalahan yang dialami ODHA perempuan	Bagaimana anda menjalani kehidupan sebagai ODHA?	<ul style="list-style-type: none"> • Apakah anda mengalami hambatan karena status anda sebagai ODHA? • Apakah ada perlakuan tidak menyenangkan terkait status HIV anda? • Bagaimana anda menghadapi perlakuan tidak menyenangkan tersebut? • Apa yang anda lakukan dalam menghadapi permasalahan tersebut?

DEPRESI (Refer pada hasil BDI-II dan digali)

	QUESTION	PROBING
Fakor-faktor yang menyebabkan depresi (Kognitif, Afektif, dan Somatik)	<ul style="list-style-type: none"> - Masalah apa yang saat ini Anda alami? - Apa dampak dari masalah yang Anda alami? 	<ul style="list-style-type: none"> - Apa dampaknya terhadap hal-hal rutin sehari-hari? - Apa dampaknya terhadap perilaku? - Apa dampak masalah tersebut terhadap kondisi pikiran? - Apa dampak masalah tersebut terhadap kondisi emosi? - Apa dampak masalah tersebut terhadap kondisi fisik?
Pandangan terhadap diri	<ul style="list-style-type: none"> - Bagaimana Anda menilai diri Anda sendiri? - Bagaimana anda melihat hidup anda saat ini? Baik di dalam keluarga dan lingkungan sekitar 	<ul style="list-style-type: none"> - Bagaimana anda memandang diri sebelum dan sesudah terinfeksi HIV? - Hal apa saja yang menurut Anda menjadi kelebihan Anda? - Hal apa saja yang menurut Anda menjadi kekurangan Anda? - Apakah ada perubahan yang terjadi pada diri Anda?
Pandangan terhadap lingkungan sekitar	<ul style="list-style-type: none"> - Bagaimana Anda memandang orang-orang di sekitar Anda? 	<ul style="list-style-type: none"> - Bagaimana hubungan Anda dengan keluarga? - Bagaimana hubungan Anda dengan lingkungan? - Siapa atau apa yang memberikan Anda dorongan untuk bertahan? - Siapa yang kurang dekat? Bisa ceritakan alasannya?
Support Seeking	<ul style="list-style-type: none"> - Bisa ceritakan kepada siapa Anda berkeluh kesah ttg masalah Anda 	<ul style="list-style-type: none"> - Siapa saja yang Anda mintai tolong? - Apa saja yang mereka lakukan? - Apakah yang dilakukan oleh orang tsb membantu Anda dalam mengatasi masalah Anda
Pandangan terhadap masa depan	<ul style="list-style-type: none"> - Bagaimana Anda melihat masa depan? 	<ul style="list-style-type: none"> - Apa yang ingin Anda lakukan di masa mendatang? - Apakah Anda memiliki harapan atau tujuan yang ingin dicapai di masa depan? Jika ada tolong sebutkan

PROBLEM SOLVING

	QUESTION	PROBING
Problem Orientation (Positive atau Negative)	Bagaimana Anda melihat masalah yang Anda alami?	<ul style="list-style-type: none"> • Ketika anda memiliki masalah, apakah anda melihatnya sebagai suatu tantangan atau kesempatan yang dapat memberikan manfaat positif? • Ketika anda dihadapkan pada masalah yang sulit atau berat, apakah anda ragu bahwa anda mampu menyelesaikannya sendiri, sekeras apapun anda harus berusaha? • Ketika anda dihadapkan pada masalah yang sulit atau berat, apakah anda mampu menyelesaikannya sendiri jika anda mau berusaha? • Ketika anda mencoba untuk menyelesaikan masalah, apakah anda memikirkan beberapa opsi yang masuk akal sampai anda tidak memiliki ide lainnya? • Dalam membuat keputusan, apakah anda jarang memikirkannya terlebih dahulu? • Apakah anda merasa terancam dan takut ketika anda memiliki masalah yang penting untuk diselesaikan? • Apakah anda merasa gugup dan ragu pada diri anda, ketika anda diharuskan untuk membuat keputusan yang penting? • Ketika usaha-usaha awal anda gagal dalam menyelesaikan masalah, apakah anda merasa frustrasi? • Apakah masalah-masalah yang sulit membuat anda bersedih? • Ketika anda memiliki masalah yang harus diselesaikan, apa hal pertama yang anda lakukan adalah mencari bukti-bukti tentang masalah tersebut?
Problem Solving Style (Planful, Impulsive/Careless, dan Avoidance)	Apa yang Anda lakukan ketika mengalami permasalahan?	<ul style="list-style-type: none"> • Ketika membuat keputusan, apakah anda tidak mengevaluasi opsi-opsi yang anda miliki secara hati-hati? • Setiap anda memiliki masalah, apakah anda percaya bahwa masalah tersebut dapat diselesaikan? • Ketika anda diharuskan mengambil keputusan, apakah anda berusaha memprediksi konsekuensi baik positif ataupun negative dari setiap opsi? • Ketika masalah terjadi di dalam hidup, apakah anda mencoba untuk menyelesaikannya selama

hal tersebut memungkinkan?

- Apakah anda menghabiskan banyak waktu untuk menghindari masalah-masalah anda daripada menyelesaikannya?
 - Ketika usaha-usaha awal anda gagal dalam menyelesaikan masalah, apakah anda mengetahui jika tetap melakukan dan tidak mudah menyerah nantinya anda akan mampu untuk menemukan solusi yang baik?
 - Ketika masalah terjadi di dalam hidup, apakah anda lebih menyukai untuk menerima secepat mungkin?
 - Ketika anda diharuskan mengambil keputusan, apakah anda menganggap tidak memiliki waktu untuk mempertimbangkan pro dan kontra dari setiap opsi?
 - Apakah anda mengesampingkan pemecahan dari suatu permasalahan sampai semuanya terlambat untuk diselesaikan?
 - Ketika membuat keputusan, apakah anda melakukannya dengan perasaan positif tanpa terlalu banyak berpikir tentang konsekuensi dari setiap opsi?
 - Apakah anda menunggu seandainya masalah dapat selesai dengan sendirinya sebelum anda mencoba untuk menyelesaikannya?
 - Apakah anda memilih menghindar dari masalah yang ada di hidup anda?
 - Ketika anda mencoba menyelesaikan masalah, apakah anda melakukan dengan ide pertama yang anda pikirkan?
 - Apakah sebelum anda mencoba menyelesaikan masalah, anda mengatur tujuan yang spesifik sehingga anda mengetahui dengan pasti apa yang akan anda selesaikan?
 - Setelah menemukan solusi masalah, apakah anda sebisa mungkin mencoba mengevaluasi dengan hati-hati seberapa besar situasi berubah lebih baik?
-