



Perhimpunan Kedokteran Psikosomatik Indonesia  
Bekerjasama dengan  
Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan Ilmu Penyakit Dalam  
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

# Sertifikat

Diberikan kepada :

Dr. dr. Arina Widya Murni, SpPD, K-Psi

Sebagai

**PEMBICARA**

Psychosomatic approach in HIV/AIDS patients

Pada :

**THE 5TH SCIENTIFIC MEETING ON PSYCHOSOMATIC MEDICINE**

*Integrated Approach in Psychosomatic Medicine*

Jakarta, 1-2 September 2018

Akreditasi IDI No.02360/PB/A.4/08/2018

Peserta 10 SKP

Pembicara 12 SKP

Moderator 4 SKP

Panitia 2 SKP

Dr. E. Mudjaddid, SpPD, K-Psi  
Ketua Perhimpunan Kedokteran Psikosomatik Indonesia

Dr. Rudi Putranto, SpPD, K-Psi, MPH  
Ketua Pelaksana

**Keluarga** : Ketidakharmonisan hubungan keluarga (broken home) dan matinya hubungan komunikasi antar mereka, berhadapan dengan situasi demikian akan mudah merasa putus asa, frustrasi, bingung, dan ketiadaan pegangan dalam hidupnya. Mereka akan mencari kompensasi diluar rumah sehingga mudah terjerumus ke dalam narkoba.

#### **b. Faktor Eksternal**

Faktor tekanan kelompok teman sebaya seperti pergaulan dengan teman sebaya yang berpengaruh cukup kuat dimasa remaja. Pada masa ini, remaja tidak hanya mendefinisikan dirinya dengan menggunakan standar yang ada pada dirinya, namun juga standar luar yang dibentuk oleh teman-temannya. Dunia teman sebaya merupakan ajang perbandingan dan eksplorasi untuk memperoleh informasi pembentuk identitas mereka. Jadi positif dan negative pergaulan teman sebaya akan sangat mempengaruhi. Tekanan negatif dari teman sebaya dapat menjadi risiko tersendiri.

#### **GANGGUAN PSIKOPATOLOGI PENDEKITA HIV/AIDS**

Terdapat beberapa jenis gangguan psikiatrik/psikosomatik atau psikopatologi pada ODHA (Orang Dengan HIV AIDS) berdasarkan instrumen MINI ICD-10, yaitu Gangguan Mood seperti depresi (68%), Gangguan Anxietas Menyeluruh (41%), Gangguan Psikotik (6%). Disamping itu, beberapa referensi yang lainnya menyatakan penyakit demensia terkait HIV (*HIV-associated dementia* – HAD) merupakan salah satu gangguan psikiatri terutama mengenai penyebab organik pada pasien yang terinfeksi HIV. Ini merupakan topik penting, karena 90% pasien AIDS mempunyai tanda penyakit SSP saat diotopsi dan 65% sampai 80% ditemukan pada pasien AIDS yang dirawat inap.

#### **GANGGUAN KOGNITIF RINGAN.**

Bentuk keterlibatan otak yang lain yang tidak terlalu parah disebut gangguan neurokognitif oleh karena HIV, dikenal juga sebagai ensefalopati. Gangguan ini ditandai dengan hendaya fungsi kognitif

dan penurunan aktivitas sosial. Tidak ada temuan laboratorium yang spesifik untuk gangguan ini dan hal ini terjadi terlepas dari depresi dan ansietas.<sup>6</sup>

Gangguan Anxietas adalah keadaan tegang yang berlebihan atau tidak pada tempatnya yang ditandai oleh perasaan khawatir, tidak menentu atau takut. Gejala-gejala anxietas terdiri atas 2 komponen, yaitu komponen psikis/mental dan komponen fisik. Gejala psikis berupa anxietas atau kecemasan itu sendiri seperti was-was, komponen fisik merupakan manifestasi dari keterjagaan yang berlebihan (hyperarousal syndrome): jantung berdebar, napas cepat, mulut kering, keluhian lambung (maag), tangan dan kaki terasa dingin dan ketegangan otot. Gangguan anxietas menyeluruh termasuk yang paling sering dijumpai. Gambaran umum penyakit ini adalah adanya kekhawiran atau anxietas yang kurang lebih konstan, yang tidak sebanding dengan tingkat stressor sesungguhnya dalam kehidupan.<sup>8</sup>

Pasien terinfeksi HIV mungkin mengalami gangguan ansietas jenis apapun namun yang paling sering adalah gangguan ansietas menyeluruh, gangguan stress pasca trauma, dan gangguan obsesif kompulsif. Reaksi ansietas pada ODHA sering kali mencakup rasa khawatir yang mendalam, ketakutan, dan perhatian terhadap kesehatan, masalah somatik, kematian, dan ketidakpastian mengenai penyakitnya. Reaksi ini kerap kali mengarah kepada sulit tidur dan berkonsentrasi dan meningkatnya keluhan somatik. Lebih sering terjadi pada saat diagnosis dan selama pengobatan baru atau penyakit akut.

#### **GANGGUAN DEPRESI**

Gangguan depresi adalah gangguan kejiwaan yang menonjolkan mood sebagai masalahnya, dengan berbagai gambaran klinis yakni gangguan episode depresif, gangguan distimik, gangguan depresif mayor dan gangguan depresif unipolar serta bipolar. Depresi merupakan bentuk gangguan jiwa pada alam perasaan (afektif, mood) yang biasa ditandai dengan kemurungan, kesedihan, kelesuan, kehilangan gairah hidup, tidak ada semangat, merasa tidak berdaya, perasaan bersalah, tidak berguna, dan putus asa.

suksesif. Gerdanau ni qindaqi qandau maogaxa tunda koduini  
... danda unuqodoni qip xaxaxa HVA ... jinda sepedasi  
... koduini qaxaxa xaxaxa xaxaxa

... 80% qaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...

... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...

... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...

... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...

... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...

... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...  
... xaxaxa ... xaxaxa ...



Gangguan ini menetap selama beberapa waktu dan mengganggu fungsi keseharian seseorang.

Patofisiologi depresi dijelaskan dalam beberapa hipotesis:

1. Amina biogenik merupakan hipotesis yang menyatakan, depresi disebabkan 5 menurunnya atau berkurangnya jumlah neurotransmitter norepinefrin (NE), serotonin ( 5 – HT ) dan dopamine (DA) dalam otak.
2. Hipotesis sensitivitas reseptor yaitu perubahan patologis pada reseptor yang dikarenakan terlalu kecilnya stimulasi oleh monoamine dapat menyebabkan depresi.
3. Hipotesis desregulasi, tidak beraturnya neurotransmitter sehingga terjadi gangguan depresi dan psikiatrik. Dalam teori ini ditekankan pada kegagalan homeostatik sistem neurotransmitter, bukan pada penurunan atau peningkatan absolute aktivitas neurotransmitter.

Diagnosis depresi juga bisa menjadi sulit pada HIV, seperti pada sebagian besar kelompok berpenyakit medis. Secara umum telah terbukti bahwa penyakit HIV berhubungan dengan tekanan sosial dan kehidupan tertentu, seperti stigma (cap buruk), yang mungkin mempengaruhi seseorang menjadi depresi. Depresi pada HIV/AIDS juga dikaitkan dengan perasaan bahwa kesehatannya buruk, rasa sakit kronis, dan kehilangan daya ingat serta konsentrasi.<sup>27</sup>

Kira-kira 4 - 40% pasien terinfeksi HIV telah dilaporkan memenuhi kriteria diagnostik untuk gangguan depresi. Prevalensi gangguan depresi pra-infeksi HIV mungkin lebih tinggi dari biasanya pada kelompok yang berada pada resiko tertular AIDS. Alasan lain untuk bervariasinya angka prevalensi adalah penerapan untuk kriteria diagnostik yang bervariasi, karena beberapa kriteria untuk gangguan depresi ( gangguan tidur dan penurunan berat badan ) juga dapat disebabkan oleh infeksi HIV itu sendiri. Depresi akibat kondisi penyakit medis atau depresi sekunder akibat penyakit medis atau fisik banyak terjadi. Depresi lebih banyak terjadi pada populasi dengan penyakit medik-fisik dibanding dengan yang tidak, depresi sering tidak terdeteksi karena dipersepsi sebagai reaksi normal terhadap penyakit medik-fisik

yang dideritanya, depresi lebih sulit diangani pada populasi dengan penyakit medik-fisik, depresi yang tidak diterapi akan memperburuk morbiditas penyakit fisiknya dan meningkatkan mortalitas.<sup>7</sup>

Gangguan depresi membuat seluruh tubuh sakit, juga perasaan dan pikiran. Gangguan depresi mempengaruhi nafsu makan dan pola tidur, cara seseorang merasakan dirinya, berpikir tentang dirinya dan berpikir tentang dunia sekitarnya. Keadaan depresi bukanlah suatu kesedihan yang dapat dengan mudah berakhir, bukan tanda kelemahan dan ketidakberdayaan, bukan pula kemalasan. Mereka yang mengalami gangguan depresi tidak akan tertolong hanya dengan membuat mereka bergembira dengan penghiburan. Tanpa terapi tanda dan gejala tak akan membaik selama berminggu-minggu, berbulan-bulan bahkan bertahun.

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 distingsi skema/belief. Arron T. Beck telah memberikan 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>10</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 teori yang dikembangkan oleh Dr. Elizabeth Kubler-Ross, secara umum terdapat 5 tahap atau reaksi yang akan dilewati oleh penderita HIV dan AIDS dalam menjalani hidupnya bersama HIV 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 perpindahan.
  5. Tahap *acceptance*, dengan mampu menerima kenyataan tentang kematiannya dan berusaha menyesuaikan diri terhadap kehilangan dan kematian.

## MANIA

Perwujudan mania mencakup suasana hati yang meningkat, meluap, atau lekas marah; *grandiosity*; peningkatan tenaga dan berkurangnya kebutuhan akan tidur; kemampuan bicara tertekan; pikiran cepat; bertindak sesuai kata hati; dan kemungkinan berkhayal, berhalusinasi, dan gejala psikosis lain yang jelas. Mania sebagai gejala yang tampak

atau sebagai akibat dari HIV tercatat mengalami peningkatan secara bermakna pada pasien dengan AIDS.<sup>1,2</sup>

### Bunuh diri

Ide dan percobaan bunuh diri dapat meningkat pada pasien terinfeksi HIV dan AIDS. Faktor risiko bunuh diri pada orang terinfeksi HIV adalah memiliki teman yang meninggal akibat AIDS, baru diberitahu HIV seropositif, relaps, masalah sosial besar karena homoseksualitas, dukungan sosial dan finansial tidak mencukupi.<sup>1,2</sup>

### WORRIED WELL

Keadaan yang dimaksud *worried well* adalah mereka yang berada pada kelompok risiko tinggi yang meski seronegatif dan bebas penyakit cemas tertular virus tersebut. Beberapa dapat diyakinkan dengan hasil uji serum ulang negatif, namun yang lain tidak dapat diyakinkan. Status *worried well* mereka berlanjut menjadi ansietas menyeluruh, serangan panik, gangguan obsesi kompulsif, dan hipokondriasis.

### PENATALAKSANAAN GANGGUAN PSIKOSOMATIK PADA PENDERITA HIV/AIDS

Penanganan tergantung pada luas dan sifat penyakit tertentu dan gejala yang diperlihatkan. Psikoterapi sering kali cukup membantu, khususnya dalam keadaan hubungan konseling. Intervensi farmakologi sebaiknya di bawah pengawasan dokter.<sup>1,3,4</sup>

Usaha untuk mengobati suatu aspek gangguan kecemasan pada pasien terinfeksi HIV dengan suatu teknik psikoterapeutik yang tepat dapat dilakukan; tetapi, penggunaan obat anti ansietas sedative benzodiazepine atau non benzodiazepine (misalnya Buspiron) atau penggunaan obat antidepressan mungkin diperlukan. Jika menggunakan suatu benzodiazepine, sebagian besar klinisi lebih menyukai menggunakan obat dengan paruh waktu yang singkat atau sedang.<sup>2</sup>

dan dijajah belit-belit oleh virus HIV. Manusia cenderung belajar untuk melindungi diri dengan berbagai cara. Manusia cenderung belajar untuk melindungi diri dengan berbagai cara. Manusia cenderung belajar untuk melindungi diri dengan berbagai cara.

1. Jarak seksual yang aman: Menjaga jarak seksual yang aman dengan pasangan yang berisiko.
2. Jarak seksual yang aman: Menjaga jarak seksual yang aman dengan pasangan yang berisiko.
3. Jarak seksual yang aman: Menjaga jarak seksual yang aman dengan pasangan yang berisiko.
4. Jarak seksual yang aman: Menjaga jarak seksual yang aman dengan pasangan yang berisiko.
5. Jarak seksual yang aman: Menjaga jarak seksual yang aman dengan pasangan yang berisiko.

Manusia cenderung belajar untuk melindungi diri dengan berbagai cara. Manusia cenderung belajar untuk melindungi diri dengan berbagai cara. Manusia cenderung belajar untuk melindungi diri dengan berbagai cara.

1. Jarak seksual yang aman: Menjaga jarak seksual yang aman dengan pasangan yang berisiko.
2. Jarak seksual yang aman: Menjaga jarak seksual yang aman dengan pasangan yang berisiko.
3. Jarak seksual yang aman: Menjaga jarak seksual yang aman dengan pasangan yang berisiko.
4. Jarak seksual yang aman: Menjaga jarak seksual yang aman dengan pasangan yang berisiko.
5. Jarak seksual yang aman: Menjaga jarak seksual yang aman dengan pasangan yang berisiko.



Banyak jenis terapi, efektivitas akan berbeda dari orang ke orang dari waktu ke waktu. memberikan medikasi dengan antidepresan dan medikasi lainnya untuk membuat keseimbangan kimiawi otak penderita. Pilihan terapi sangat bergantung pada hasil evaluasi riwayat kesehatan fisik dan mental penderita. Pada gangguan depresif ringan seringkali psikoterapi saja dapat menolong. Tidak jarang terapi memerlukan psikofarmaka antidepresan. Medikasi akan membantu meningkatkan suasana hati sehingga relatif penderita lebih mudah ditolong dengan psikoterapi dan simtomnya cepat menurun. Setiap individu mempunyai kebutuhan dan latar belakang yang berbeda, sehingga terapinya disesuaikan dengan kebutuhannya. Terapi juga dipengaruhi oleh masalah pribadi kehidupan penderita.<sup>5,11</sup>

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa pengobatan depresi pada ODHA adalah aman dan efektif. Dukungan dan konseling yang memungkinkan pasien menghadapi dan menyelesaikan atau menyesuaikan diri terhadap kejadian yang menyebabkan stres dalam hidup seperti masalah keuangan, kekerasan fisik, dan pertentangan dalam keluarga yang dilakukan sendiri mungkin membantu mengendalikan depresi dan memperbaiki mutu hidup. Terapi kelompok telah terbukti berguna untuk depresi ringan sampai menengah, tetapi pengobatan farmakologi tampaknya diperlukan untuk depresi yang lebih parah terkait dengan HIV.<sup>7,12</sup>

Gangguan depresif pada pasien terinfeksi HIV harus diobati secara agresif dengan medikasi antidepresan. faktor utama pengobatan farmakologi mencakup *tricyclic antidepressant* (TCA), *selective serotonin reuptake inhibitor* (SSRI), dan terapeutik. dosis normal yang digunakan pada orang dewasa, dan dosis harus dinaikan sedikit-sedikit setiap dua sampai tiga hari hingga tercapai suatu efek terapeutik. Obat-obatan ini mempunyai berbagai macam riwayat efek samping, masa paruh, dan interaksi dengan obat lain dan karena itu sebaiknya dipilih dengan pertimbangan yang hati-hati sesuai dengan keluhan somatik dan rejimen pengobatan tertentu lainnya dari pasien. Misalnya, jika pasien menderita diare kronis dan neuropati perifer, TCA mungkin lebih dipilih daripada SSRI karena SSRI lebih mungkin

memperburuk diare dan TCA terbukti efektif dalam mengobati neuropati perifer. Penggunaan atau terapi elektrokonvulsif (ECT) direkomendasikan jika pemeriksaan neurologis menegaskan tidak adanya peningkatan tekanan intrakranial atau lesi system saraf pusat yang mengambil tempat (*space-occupying*).<sup>2,7,13</sup>

### **PENDEKATAN PSIKOTERAPI**

Psikoterapi ialah suatu cara pengobatan terhadap masalah emosional seorang pasien yang dilakukan oleh seorang terlatih dalam hubungan profesional secara sukarela dengan maksud hendak menghilangkan, mengubah, atau menghambat gejala-gejala yang ada, mengoreksi perilaku yang terganggu dan mengembangkan pertumbuhan kepribadian secara positif.<sup>9</sup>

Psikoterapi merupakan terapi yang digunakan untuk menghilangkan atau mengurangi keluhan-keluhan dan mencegah kambuhnya gangguan psikologik atau pola perilaku, maladaptif. Terapi dilakukan dengan jalan pembentukan hubungan profesional antara terapis dengan penderita.<sup>14</sup>

Psikoterapi dilakukan dengan memberikan kehangatan, empati, pengertian dan optimisme. Dalam pengambilan keputusan untuk melakukan psikoterapi sangat dipengaruhi oleh penilaian dari dokter atau penderitanya. Tema praktis utama untuk pasien adalah pekerjaan, manfaat medis, asuransi jiwa, rencana karir, dan hubungan dengan keluarga dan teman-teman.

Tema psikodinamik pasien terinfeksi HIV mencakup menyalahkan diri sendiri, harga diri, dan masalah tentang kematian. Dokter dapat membantu pasien mengatasi perasaan bersalah seputar perilaku yang menyebabkan dirinya terkena infeksi atau AIDS. Beberapa pasien HIV dan AIDS merasa bahwa dirinya dihukum.

Seluruh kisaran pendekatan psikoterapeutik mungkin mungkin sesuai untuk pasien dengan gangguan terkait HIV. Baik terapi individu maupun kelompok menjadi efektif. Terapi individu dapat bersifat jangka pendek dan jangka panjang dan dapat berupa suportif, kognitif, perilaku, atau psikodinamik.<sup>2, 15</sup>





Psikoterapi suportif pada pasien HIV bertujuan untuk menguatkan daya mental yang ada, mengembangkan mekanisme yang baru dan yang lebih baik untuk mempertahankan kontrol diri, mengembalikan keseimbangan adaptif (dapat menyesuaikan diri). Seperti berupa bimbingan, sugesti, bimbingan, penyuluhan, hipnoterapi.<sup>16</sup>

Psikoterapi kelompok berguna untuk membebaskan individu dari stress membantu para anggota kelompok agar dapat mengerti lebih jelas sebab musabab kesukaran mereka; membantu terbentuknya mekanisme pembelaan yang lebih baik, yang dapat diterima dan yang lebih memuaskan. Agar proses kelompok berjalan lancar maka, individu harus diterima sebaik-baiknya sebagaimana adanya dan pembatasan yang tidak perlu dihindarkan dan diskriminasi.<sup>9</sup>

### KESIMPULAN

1. Infeksi HIV dan gangguan psikosomatis mempunyai hubungan yang kompleks, menjadi terinfeksi HIV akan menyebabkan gangguan psikosomatis sebagai konsekuensi psikologis dari infeksi atau karena efek dari virus HIV tersebut yang menyerang otak.
2. Terdapat beberapa jenis gangguan psikiatrik atau psikopatologi pada orang dengan HIV AIDS berdasarkan instrumen MINI ICD-10, yaitu Gangguan Mood seperti depresi (68%), Gangguan Ansietas Menyeluruh (41%), Gangguan Psikotik Tunggal (6%).
3. Terapi mencakup Psikofarmakologi dan Psikoterapi yakni pengobatan terutama untuk penyakit HIV/AIDS itu sendiri serta terapi untuk gangguan-gangguan psikosomatis yang menyertainya.

### SARAN

Diperlukan perhatian lebih pada penatalaksanaan AIDS pada aspek psikosomatis karena AIDS merupakan penyakit yang memerlukan dukungan untuk mengatasi masalah fisik, psikis, dan sosial.

### DAFTAR PUSTAKA

1. Djoerban Z, Djauzi S. HIV/AIDS di Indonesia. In: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata MK, Setiati S, eds. *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. 4th ed. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI 2006
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2011-2016 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011), vii.
3. Djauzi S, Djoerban Z. Penatalaksanaan HIV/AIDS di pelayanan kesehatan dasar. Jakarta: Balai Penerbit FKUI 2002.
4. Fauci AS, Lane HC. Human Immunodeficiency Virus Disease: AIDS and related disorders. In: Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, Braunwald E, Hays SL, Jameson JL, editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 17<sup>th</sup>ed. The United States of America: McGraw-Hill
5. Kelompok Studi Khusus AIDS FKUI. In: Yunihastuti E, Djauzi S, Djoerban Z, editors. *Infeksi oportunistik pada AIDS*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI 2005.
6. Merati TP, Djauzi S. Respon imun infeksi HIV. In: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata MK, Setiati S, eds. *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. 4<sup>th</sup>ed. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI 2006
7. Mustikawati DE. Epidemiologi dan pengendalian HIV/AIDS. In: Akib AA, Munasir Z, Windiastuti E, Endyami B, Mukliarti D, editors. *HIV infection in infants and children in Indonesia: current challenges in management*. Jakarta: Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM 2009
8. 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.
9. Kaplan H, Sadock B. 2010. *Buku Ajar Psikiatri Klinis*. Jakarta: EGC.
10. P Kowalak, wiliam wels. 2011. *Buku ajar patofisiologi*. Jakarta: EGC
11. Stephen H. Gillespie, Kathleen B. Bamford. 2008. *At a Glance Mikrobiologi Medis dan Infeksi*. Erlangga Medical Series.
12. Maslan R. *Buku saku diagnosis gangguan jiwa rujukan ringkas PPDGJ-III*. Jakarta : PT.Nuh Jaya;2001. Hal.64
13. Schaefer, M., Capuron, L., Friebe, A., Diez-Quevedo, C., Robaey, G., Neri, S, Pariente, C. (2012). Hepatitis C infection, antiretroviral treatment and mental health: A European expert consensus statement. *Journal of Hepatology*. doi:10.1016/j.jhep.2012.07.037
14. Semple, S., Zians, J., Strathdee, S., & Paterson, T. (2009). Sexual marathons and methamphetamine use among HIV-positive men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 583-590.
15. Sherr, L., Clucas, C., Harding, R., Sibley, E., & Catalan, J. (2011). HIV and depression – a systematic review of interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 16(5), 493-527.
16. Silberbogen, A., Ulloa, E., Janke, E., & Mori, D. (2009). Psychosocial issues and mental health treatment recommendations for patients with hepatitis C. *Psychosomatics*, 50(2), 114-122