

Gambaran *Psychological Well-Being* pada Odha Stadium IV di LSM Rumah Cemara Bandung

¹Marina Savira, ²Agus Budiman

^{1,2}Fakultas Psikologi, Universitas Islam Bandung, Jl. Tamansari No. 1 Bandung 40116

e-mail: ¹marina.savira@gmail.com, ²agusbudiman495@yahoo.co.id

Abstrak. AIDS adalah sebuah sindrom yang menyerang sistem imun manusia yang disebabkan oleh HIV. Sampai sejauh ini, belum ditemukan obat atau vaksin yang dapat membunuh HIV atau menyembuhkan AIDS. Belum ditemukannya obat atau vaksin dan stigma sosial yang dihadapi dapat mempengaruhi *psychological well-being* ODHA. Terdapat beberapa LSM yang bergerak untuk menginformasikan mengenai bahaya, pencegahan, dan pengobatan HIV/AIDS, salah satunya adalah Rumah Cemara Bandung. Para ODHA di LSM Rumah Cemara Bandung menunjukkan *psychological well-being* yang tinggi. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan data empirik mengenai *psychological well-being* ODHA di LSM Rumah Cemara Bandung. Metode yang digunakan adalah studi deskriptif dengan subjek penelitian sebanyak 29 ODHA Stadium IV di Klinik Teratai RSHS Bandung di bawah dampingan LSM Rumah Cemara Bandung yang mengetahui stadium HIV-nya masing-masing. Pengumpulan data berupa kuesioner *psychological well-being* yang terdiri dari 46 item pertanyaan hasil adaptasi *Ryff Scales of Psychological Well-Being* dari teori C.D. Ryff. Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 62,07% ODHA Stadium IV memiliki *psychological well-being* yang rendah dan 37,93% ODHA Stadium IV memiliki *psychological well-being* yang tinggi, artinya lebih banyak ODHA Stadium IV di LSM Rumah Cemara Bandung yang merasa kurang mampu menerima dirinya, kurang mampu menjalin hubungan positif dengan orang lain, kurang mandiri, kesulitan dalam menguasai lingkungannya, belum memiliki tujuan hidup yang jelas, dan merasa bahwa dirinya tidak berkembang.

Kata kunci: *Psychological Well-being*, ODHA, LSM Rumah Cemara Bandung

A. Pendahuluan

AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) adalah sebuah sindrom yang menyerang sistem imun manusia yang disebabkan oleh HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) (Sepkowitz, 2001). Tidak semua orang yang terjangkit HIV akan didiagnosa mengidap AIDS, namun semua pengidap AIDS pasti terjangkit HIV. Pada awal terjangkit HIV, orang yang terjangkit mengalami gejala yang mirip influenza. Hal ini biasanya diikuti dengan periode panjang tanpa gejala di luar influenza. Selama penyakit ini berkembang, penyakit ini semakin mengganggu sistem imun, sehingga menyebabkan orang yang terjangkit semakin mudah terinfeksi.

HIV umumnya ditularkan melalui hubungan seksual yang tidak aman dengan orang yang mengidap HIV (termasuk seks anal dan oral), transfusi darah dengan jarum yang sudah terkontaminasi, dari ibu ke anak selama kehamilan, persalinan, atau menyusui. Beberapa cairan tubuh, seperti air liur dan air mata, tidak menularkan HIV. Sampai sejauh ini, belum ditemukan obat atau vaksin yang dapat membunuh HIV atau menyembuhkan AIDS namun, pengobatan *antiretroviral* dapat memperlambat jalannya penyakit ini dan memungkinkan penderitanya memiliki kehidupan yang hampir normal.

HIV/AIDS pertama kali masuk ke Indonesia pada tahun 1987, dan provinsi pertama yang melaporkan adanya kasus HIV/AIDS adalah Bali. Seorang wisatawan asal Belanda meninggal di Rumah Sakit Sanglah, Bali. Kematian pria berusia 44 tahun itu diakui Depkes disebabkan oleh AIDS. Pada tahun 1987 tersebut, Indonesia masuk dalam daftar WHO sebagai negara ke-13 di Asia yang melaporkan kasus AIDS.

Menurut Laporan Kasus HIV/AIDS di Indonesia sampai dengan September

2014, yang diterima dari Ditjen PP & PL, berdasarkan surat Direktur Jenderal P2PL, Prof. DR. dr. Agus Purwadianto tertanggal 17 Oktober 2014, secara kumulatif, kasus HIV & AIDS sejak penemuannya di Indonesia tanggal 1 Januari 1987 s.d. September 2014, sebanyak 150.296 orang mengidap HIV dan 55.799 orang mengidap AIDS (30.001 orang laki-laki, 16.149 orang perempuan, dan 9.649 orang tidak diketahui).

Menurut statistik tersebut, kelompok usia yang paling banyak mengidap AIDS adalah usia 20-29, yaitu sebanyak 18.352 orang di seluruh Indonesia. Angka kematian yang disebabkan oleh HIV/AIDS di Indonesia sejak tahun 1987 hingga 2014 telah mencapai 9.850 orang. Persentase faktor risiko HIV tertinggi adalah hubungan seks berisiko pada heteroseksual (57%), LSL (Lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki) (15%), dan penggunaan jarum suntik tidak steril pada penasun (pengguna narkoba suntik) (4%).

Dampak dari HIV/AIDS sangat luas, meliputi hal yang bersifat fisik, psikologis, dan sosial. Dampak fisik dari HIV/AIDS misalnya adalah menurunnya sistem kekebalan tubuh sehingga tubuh menjadi rentan terhadap penyakit. Dampak psikologis misalnya menjadi mudah marah atau kesal, hilang rasa percaya diri, munculnya rasa frustrasi atau mudah putus asa dalam menjalani kehidupan, serta konflik yang muncul ketika mereka dihadapkan pada keharusan untuk membuka statusnya kepada teman, sahabat, pasangan, dan anggota keluarga yang akan membawa resiko dijauhi oleh orang lain. Sedangkan dampak sosial sangat berkaitan erat dengan stigma dari masyarakat yang menganggap HIV/AIDS adalah suatu aib sehingga seringkali mereka mengalami perlakuan diskriminatif.

Infeksi HIV mempengaruhi *psychological well-being* seseorang secara signifikan (Scott-Sheldon, Kalichman, Carey, & Fielder, 2008, dalam Varni, 2012). Tingkat depresi pada ODHA ditemukan dua hingga lima kali lebih tinggi daripada tingkat depresi pada orang yang HIV negatif, terutama pada wanita dengan HIV/AIDS, yang tingkat depresinya dapat mencapai empat kali lebih tinggi daripada wanita yang HIV negatif (Bing et al., 2001; Ciesla & Roberts, 2001; Morrison et al., 2002, dalam Varni, 2012).

ODHA juga menyatakan bahwa mereka merasa ragu dengan dirinya sendiri, merasa malu, harapan negatif mengenai interaksi interpersonal, dan perasaan sedih dan kehilangan harapan yang berhubungan dengan penyakit mereka (Kelly et al., 1993; Kylma, Vehvilainen-Julkunen, & Lahdevirta, 2001, dalam Varni, 2012). Dibandingkan dengan orang dengan kondisi medis lain, dampak negatif dari stigma terhadap keadaan psikologis manusia dirasakan lebih parah pada ODHA. HIV menerima stigma lebih parah daripada penyakit lain (misalnya diabetes) dan penyakit menular seksual lain (misalnya herpes genital) (Lawless, Kippax, & Crawford, 1996, dalam Varni, 2012).

Memiliki tingkat *psychological well-being* yang tinggi merupakan sesuatu yang penting bagi setiap orang. *Well-being*, baik hedonik (*subjective*) atau eudaimonik (*psychological*) berperan penting dalam pencegahan dan kesembuhan dari kondisi fisik dan penyakit, bahkan meningkatkan harapan hidup (Vasquez, 2009). Faktor psikologis positif dan negatif memiliki hubungan kuat dengan kesehatan. Misalnya, ekspektasi negatif pada ODHA diasosiasikan tidak hanya dengan kemajuan menuju kematian yang lebih cepat, tapi juga kemunculan gejala yang lebih cepat pada pasien yang sebelumnya tidak menunjukkan gejala (Taylor et al., 2000, dalam Vasquez, 2009). Sebaliknya, kemampuan untuk tetap optimis (Reed, Kemeny, Taylor & Visscher, 1999, dalam Vasquez, 2009) dan kemampuan untuk menemukan makna dalam setiap kesulitan (Bower, Kemeny, Taylor & Fahey, 1998, dalam Vasquez, 2009) merupakan

faktor-faktor yang melindungi kesehatan fisik.

Pendekatan Indonesia dalam mencegah penyebaran HIV/AIDS memiliki unsur-unsur yang mempromosikan praktik “membedakan” orang dengan HIV/AIDS (Schoepf, 2001, hal. 340). Dengan memfokuskan sebagian besar usaha terhadap mereka yang perilakunya termasuk dalam kategori “melanggar” menurut standar Indonesia, pencegahan HIV/AIDS dan usaha pengobatan tidak hanya mengabaikan populasi berisiko, tapi juga memupuk stigmatisasi dan sikap diskriminatif.

Melawan stigma sosial merupakan hal yang sangat penting dalam usaha pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS di Indonesia. Pemerintahan nasional dan kota seringkali dilarang untuk mendukung kebijakan yang dianggap mendukung perilaku imoral, seperti penggunaan kondom, yang mana dipercayai oleh warga Indonesia yang konservatif sebagai bentuk dukungan terhadap prostitusi (USAID 2007, hal. 10). Pemerintahan Indonesia harus menggunakan LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat) dan jalur informal lainnya untuk mengakses teknik-teknik prevensi ini. Ketergantungan terhadap LSM menunjukkan bahwa usaha-usaha pengawasan, pengobatan, dan pencegahan sangat dibatasi.

Salah satu LSM yang berusaha menginformasikan mengenai bahaya, pencegahan, dan pengobatan HIV/AIDS adalah Rumah Cemara Bandung. Rumah Cemara merupakan sebuah lembaga yang menaungi orang-orang dengan masalah adiksi obat-obatan dan ODHA. Rumah Cemara memiliki visi yaitu untuk membangun Indonesia tanpa diskriminasi terhadap ODHA dan pengguna narkoba. Misi Rumah Cemara adalah menggunakan pendekatan sebaya untuk menciptakan kualitas hidup yang lebih baik bagi ODHA dan pengguna narkoba di Indonesia. Melalui semua Pelayanan Sebaya yang ada, Rumah Cemara bertujuan untuk mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap para pengguna narkoba dan ODHA dan untuk membuktikan bahwa mereka adalah anggota masyarakat yang berharga, dan merupakan bagian dari solusi untuk mengatasi adiksi dan HIV/AIDS – sebagai pendidik, petugas kesehatan, dan tokoh masyarakat.

Rumah Cemara didirikan pada tahun 2003 oleh lima orang pecandu narkoba yang merasa bahwa pusat rehabilitasi di Jawa Barat, terutama Bandung, masih sangat minim. Sejak mengetahui bahwa salah satu di antara mereka mengidap HIV, mereka memutuskan untuk memperluas jangkauan mereka dari yang hanya menyediakan rehabilitasi dan tempat bagi pecandu narkoba hingga dapat menyediakan tempat dan pendamping untuk ODHA. Sekarang Rumah Cemara memiliki kurang lebih 3,000 orang anggota dengan latar belakang yang berbeda-beda, seperti pengguna narkoba suntik (penasun), pelaku *free sex*, homoseksual, ODHA yang tertular dari ibu atau dari suaminya, dan lain-lain. Rumah Cemara memiliki 30 orang staf, di mana 95% di antaranya adalah ODHA, 3% adalah penasun, dan 2% adalah pegawai sipil. Untuk membantu mereka dalam menjalani misinya, Rumah Cemara bekerja sama dengan Klinik Teratai dari Rumah Sakit Hasan Sadikin sejak tahun 2006 sebagai tempat di mana para ODHA dapat menjalani tes HIV dan membeli obat ART mereka.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada beberapa ODHA di Rumah Cemara, ketika mengetahui bahwa mereka mengidap HIV/AIDS, mereka mengaku bingung dan dilanda perasaan negatif seperti takut, bingung, frustrasi, marah, dan merasa sendirian, terutama setelah melihat reaksi orang terdekat mereka mengenai status mereka. Namun setelah bergabung dengan Rumah Cemara dan menerima informasi serta dukungan dari anggota lain, mereka merasa tidak sendiri lagi dan lebih tenang karena sudah tahu mengenai penyakit mereka. Rumah Cemara memiliki dua

kegiatan olah raga, yaitu futsal dan *boxing*. Kelompok futsal Rumah Cemara pernah diundang untuk bermain di *Homeless World Cup 2013* mewakili Indonesia dan berhasil menduduki posisi 6 dari 48 negara yang berpartisipasi.

Para ODHA yang berada di Rumah Cemara mengatakan bahwa mereka senang dengan hidup mereka sekarang dan bangga dengan diri mereka. Mereka tidak merasa kesulitan dalam menjalin hubungan dengan orang lain, baik sesama ODHA maupun non-ODHA, dan mereka merasa memiliki banyak teman yang bisa diajak bercerita mengenai keluh kesah mereka. Mereka tidak mengkhawatirkan pendapat orang lain mengenai mereka, dan mereka tidak takut untuk melakukan sesuatu yang mereka anggap benar dan bermanfaat bagi orang lain. Mereka merasa dekat dengan orang-orang di sekitar rumah mereka, dan mereka biasa merencanakan aktivitas mereka sehari-hari. Mereka memiliki keinginan yang ingin mereka capai dalam jangka panjang dan pendek. Mereka memiliki keterampilan yang selalu mereka asah, berani mencoba hal baru, dan menunjukkan keinginan untuk menjadi orang yang lebih baik. Selain itu, mereka juga menunjukkan keinginan untuk membantu orang lain meningkatkan kualitas hidup mereka.

Jumlah penderita HIV/AIDS semakin meningkat di Indonesia, meskipun sudah ada berbagai upaya untuk mencegah penyebaran HIV. Meskipun sekarang ini pengetahuan warga Indonesia mengenai HIV/AIDS sudah cukup banyak dan mudah diakses lewat media, masih ada saja orang yang menganggap bahwa HIV/AIDS adalah sesuatu yang tabu dan ODHA adalah orang yang patut untuk dijauhi. Hal-hal tersebut dapat mempengaruhi ODHA secara fisik, psikologis, dan sosial. Meskipun demikian, tidak menutup kemungkinan bahwa ODHA, terutama yang berada di LSM Rumah Cemara Bandung, masih tetap mampu menghadapi dan mengatasi tantangan dan perubahan dalam kehidupannya dengan menggunakan potensi yang dimilikinya agar mereka memiliki *psychological well-being* yang tinggi dan mereka mampu berfungsi dengan baik di lingkungannya.

Maka dari itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Gambaran *Psychological Well-Being* Pada ODHA Stadium IV di LSM Rumah Cemara Bandung”. Tujuan penelitian ini untuk memperoleh data empirik mengenai *psychological well-being* orang dengan HIV/AIDS Stadium IV di LSM Rumah Cemara Bandung.

B. Landasan Teori

Teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah teori *psychological well-being* dari Carol D. Ryff (1989). Ryff (1989) mendefinisikan *psychological well-being* sebagai hasil evaluasi atau penilaian seseorang terhadap dirinya yang merupakan evaluasi atas pengalaman-pengalaman hidupnya. Evaluasi terhadap pengalaman dapat menyebabkan seseorang menjadi pasrah terhadap keadaan yang membuat kesejahteraan psikologisnya menjadi rendah atau berusaha untuk memperbaiki keadaan hidupnya agar kesejahteraan psikologisnya meningkat.

Ryff (1989) menyatakan bahwa *psychological well-being* adalah realisasi dan pencapaian penuh dari potensi individu di mana individu dapat menerima dirinya, mandiri, mampu membina hubungan yang positif, dapat menguasai lingkungannya, memiliki tujuan hidup, serta terus mengembangkan pribadinya.

Ryff (1989) menyatakan adanya enam dimensi dalam *psychological well-being*, yaitu *self-acceptance* (penerimaan diri), *positive relations with others* (hubungan positif dengan orang lain), *autonomy* (kemandirian), *environmental*

mastery (penguasaan lingkungan), *purpose in life* (tujuan hidup), dan *personal growth* (perkembangan pribadi).

C. Hasil dan Pembahasan

Tabel 3.1 Distribusi Frekuensi *Psychological Well-Being* Keseluruhan

Interval	Kategori	F (%)
114-144	Rendah	18 (62,07%)
145-175	Tinggi	11 (37,93%)
Total		29 (100%)

Berdasarkan tabel dan diagram di atas, maka dapat disimpulkan bahwa 37,93% (11 orang) ODHA Stadium IV dapat dikategorikan memiliki *psychological well-being* tinggi dan 62,07% (18 orang) ODHA Stadium IV dapat dikategorikan memiliki *psychological well-being* rendah.

Tabel 3.2 Distribusi Frekuensi Aspek Penerimaan Diri (*Self-Acceptance*)

Interval	Kategori	F (%)
21-26	Rendah	17 (58,62%)
27-32	Tinggi	12 (41,38%)
Total		29 (100%)

Berdasarkan tabel dan diagram di atas, maka dapat terlihat 49,98% ODHA Stadium IV (24 orang) memiliki aspek penerimaan diri (*self-acceptance*) yang tinggi, dan 51,02% ODHA Stadium IV (25 orang) memiliki aspek penerimaan diri (*self-acceptance*) yang rendah. Hal ini menunjukkan bahwa kebanyakan ODHA Stadium IV memiliki kepercayaan diri yang rendah dalam menjalani kehidupannya sebagai penderita HIV/AIDS dan merasa tidak menyukai diri mereka apa adanya dengan segala kelebihan dan kekurangan yang dimilikinya. Mereka merasa kurang mampu menerima kelebihan dan kekurangan dalam dirinya, dan bersikap negatif terhadap dirinya sendiri, baik dirinya yang sekarang maupun yang di masa lalu.

Tabel 3.3 Distribusi Frekuensi Aspek Hubungan Positif dengan Orang Lain (*Positive Relations with Others*)

Interval	Kategori	F (%)
20-25	Rendah	15 (51,72%)
26-31	Tinggi	14 (48,28%)
Total		29 (100%)

Berdasarkan tabel dan diagram di atas, maka dapat terlihat 48,28% ODHA Stadium IV (14 orang) memiliki aspek hubungan positif dengan orang lain (*positive relations with others*) yang tinggi, dan 51,72% ODHA Stadium IV (15 orang) memiliki aspek hubungan positif dengan orang lain (*positive relations with others*) yang rendah. Hal ini menunjukkan bahwa ODHA Stadium IV masih banyak yang merasa kesulitan menjalin hubungan dengan orang lain secara positif. Kebanyakan ODHA Stadium IV masih belum memiliki orang yang mereka percayai untuk

menerima diri mereka apa adanya.

Tabel 3.4 Distribusi Frekuensi Aspek Kemandirian (*Autonomy*)

Interval	Kategori	F (%)
8-11	Rendah	16 (55,17%)
12-15	Tinggi	13 (44,83%)
Total		29 (100%)

Berdasarkan tabel dan diagram di atas, maka dapat terlihat 44,83% ODHA Stadium IV (13 orang) memiliki aspek kemandirian (*autonomy*) yang tinggi, dan 55,17% ODHA Stadium IV (16 orang) memiliki aspek kemandirian (*autonomy*) yang rendah. Kebanyakan ODHA Stadium IV masih merasa tergantung kepada orang lain. Mereka merasa tidak mampu melawan tekanan sosial sehingga mereka mudah terpengaruh oleh orang dengan pendapat yang kuat dan merasa kesulitan menyampaikan pendapatnya sendiri dan kebanyakan dari mereka merasa tidak mampu mengevaluasi diri dengan standar pribadi sehingga mereka masih mengkhawatirkan pendapat orang lain tentang diri mereka dan berperilaku berdasarkan penilaian orang lain, membuat mereka kurang mandiri.

Tabel 3.5 Distribusi Frekuensi Aspek Penguasaan Lingkungan (*Environmental Mastery*)

Interval	Kategori	F (%)
18-23	Rendah	14 (48,28%)
24-29	Tinggi	15 (51,72%)
Total		29 (100%)

Berdasarkan tabel dan diagram di atas, maka dapat terlihat 51,72% ODHA Stadium IV (15 orang) memiliki aspek penguasaan lingkungan (*environmental mastery*) yang tinggi, dan 48,28% ODHA Stadium IV (14 orang) memiliki aspek penguasaan lingkungan (*environmental mastery*) yang rendah. Hal ini menunjukkan bahwa kebanyakan ODHA Stadium IV merasa mampu mengelola lingkungan hidup mereka. Mereka mampu mengontrol kegiatan eksternal seperti mengatur tanggung jawab sehari-hari atau mengatur keuangan dengan baik, dan mereka mampu memilih atau menciptakan kondisi yang sesuai dengan kebutuhan mereka yang ditunjukkan dengan kemampuan mengelola kehidupan sehingga merasa bahwa kehidupannya berjalan sesuai dengan keinginan mereka.

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Aspek Tujuan Hidup (*Purpose in Life*)

Interval	Kategori	F (%)
21-28	Rendah	21 (72,41%)
29-36	Tinggi	8 (27,59%)
Total		29 (100%)

Berdasarkan tabel dan diagram di atas, maka dapat terlihat 27,59% ODHA Stadium IV (8 orang) memiliki aspek tujuan hidup (*purpose in life*) yang tinggi, dan 72,41% ODHA Stadium IV (21 orang) memiliki aspek tujuan hidup (*purpose in life*)

yang rendah. Kebanyakan ODHA merasa belum memiliki tujuan hidup atau cita-cita yang jelas dan realistis. Hal ini mungkin diakibatkan oleh perasaan putus asa mengenai masa depan yang dirasakan oleh ODHA Stadium IV karena merasa bahwa waktu mereka hanya sedikit. Mereka merasa bahwa cita-cita yang mereka miliki kurang jelas dan realistis dan mereka merasa belum mengetahui apa yang ingin dicapai dalam hidupnya.

Tabel 3.7 Distribusi Frekuensi Aspek Perkembangan Pribadi (*Personal Growth*)

Interval	Kategori	F (%)
20-28	Rendah	9 (31,03%)
29-37	Tinggi	20 (68,97%)
Total		29 (100%)

Berdasarkan tabel dan diagram di atas, maka dapat terlihat 68,97% ODHA Stadium IV (20 orang) memiliki aspek perkembangan pribadi (*personal growth*) yang tinggi, dan 31,03% ODHA Stadium IV (9 orang) memiliki aspek perkembangan pribadi (*personal growth*) yang rendah. Kebanyakan ODHA Stadium IV di LSM Rumah Cemara Bandung berusaha untuk menjadi pribadi yang lebih baik daripada sebelumnya. Mereka merasa bahwa pengalaman baru dan tantangan dalam hidup adalah pelajaran yang penting demi memperbaiki diri menjadi pribadi yang lebih baik dari sebelumnya. Selain itu, mereka juga menggali dan mengembangkan potensi yang mereka miliki agar mereka berkembang menjadi pribadi yang lebih baik.

D. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa kebanyakan ODHA Stadium IV di LSM Rumah Cemara Bandung memiliki *psychological well-being* yang rendah, terutama pada aspek *purpose in life* (tujuan hidup). Artinya kebanyakan ODHA Stadium IV di LSM Rumah Cemara Bandung masih banyak yang belum memiliki tujuan hidup yang jelas dan realistis.

Daftar Pustaka

- Arikunto, S. 2009. *Manajemen Penelitian cetakan kesebelas*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ryff, C. D. 1989. *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*. *Journal of Personality & Social Psychology*.
- Ryff, C. D. & B. Singer. 1996. *Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research*. *Psychotherapy and Psychosomatics*.
- Ryff, C. D. & C. L. M. Keyes. 1995. *The structure of psychological well-being revisited*. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Varni, S.E., C. T. Miller. 2012. *Disengagement and engagement coping with HIV/AIDS stigma and psychological well-being of people with HIV/AIDS*. *Journal of Social and Clinical Psychology*.
- Vasquez, C., Hervas, G. 2009. *Psychological well-being and health. Contributions of positive psychology*. *Amarto de Psixologia Clinica y de la Salud*.
- Yayasan Spiritia. 2014a. *Sejarah HIV di Indonesia/Yayasan Spiritia*. <http://spiritia.or.id/art/bacaart.php?artno=1040>, diunduh pada 23 Maret 2015.
- _____. 2014b. *Statistik Kasus AIDS di Indonesia/Yayasan Spiritia*.

<http://spiritia.or.id/Stats/StatCurr.php?lang=id&gg=1>, diunduh pada 18 September 2014.

