

MINDFULNESS BASED COGNITIVE THERAPY UNTUK MENURUNKAN TINGKAT DEPRESI PADA ORANG DENGAN HIV

Kessy Atmadja^{1*}
O. Irene Prameswari Edwina¹
Evany Victoriana¹

*¹Program Studi Magister Psikologi Profesi, Universitas Kristen Maranatha,
Jawa Barat, Indonesia*

Keywords/Kata kunci

Depression, mindfulness-based cognitive therapy, people living with HIV.

Depresi, mindfulness-based cognitive therapy, Orang dengan HIV.

ABSTRACT/ABSTRAK:

Depression is a common disorder experienced by people living with HIV (PLHIV), negatively affecting their quality of life and treatment adherence. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) has been developed to help individuals cope with depression by enhancing awareness and acceptance of present experiences. This study aimed to evaluate the effectiveness of MBCT in reducing depression levels among PLHIV. A total of eight participants who met the inclusion criteria were recruited from a local HIV community. This study used an experimental pretest-posttest design, with the Beck Depression Inventory II (BDI-II) and the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) as measurement tools. The intervention consisted of eight group-based sessions of MBCT. The results showed that MBCT significantly reduced depression levels in PLHIV after the intervention compared to before, indicating that MBCT is an effective approach to mitigating depressive symptoms. These findings suggest that MBCT can serve as a practical psychological intervention to improve emotional well-being and treatment adherence in PLHIV, as well as contribute theoretically to the growing evidence on mindfulness-based approaches for chronic illness populations.

Depresi merupakan gangguan umum yang dialami orang dengan HIV (ODHIV), yang berdampak negatif terhadap kualitas hidup serta ketaatan terhadap pengobatan. Terapi Kognitif Berbasis Mindfulness (MBCT) dikembangkan untuk membantu individu mengatasi depresi dengan meningkatkan kesadaran dan penerimaan terhadap pengalaman saat ini. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi efektivitas MBCT dalam menurunkan tingkat depresi pada ODHIV. Sebanyak delapan partisipan yang memenuhi kriteria inklusi direkrut dari salah satu komunitas HIV. Penelitian ini menggunakan desain eksperimen pretest-posttest, dengan Beck Depression Inventory II (BDI-II) dan Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) sebagai alat ukur. Intervensi dilakukan melalui delapan sesi kelompok MBCT. Hasil penelitian menunjukkan bahwa MBCT secara signifikan menurunkan tingkat depresi pada ODHIV setelah intervensi dibandingkan dengan sebelum intervensi. Temuan ini menunjukkan bahwa MBCT dapat menjadi intervensi psikologis yang efektif untuk meningkatkan kesejahteraan emosional dan kepatuhan pengobatan pada ODHIV, serta memberikan kontribusi teoretis terhadap pengembangan pendekatan berbasis mindfulness pada populasi dengan penyakit kronis.

* Korespondensi mengenai isi artikel dapat dilakukan melalui: angellikakessy@gmail.com

Depresi merupakan gangguan mental yang umum terjadi, ditandai oleh perasaan sedih yang menetap, hilangnya minat atau kesenangan dalam aktivitas, serta penurunan energi yang secara signifikan mengganggu fungsi sehari-hari. Gangguan ini muncul akibat interaksi kompleks antara faktor biologis, psikologis, dan sosial, serta sering dipicu oleh peristiwa hidup yang penuh stres atau pengalaman buruk, seperti trauma, kehilangan besar, atau penyakit kronis.

Bagi individu yang hidup dengan kondisi medis jangka panjang, risiko depresi meningkat, dan gejala depresi dapat memperburuk kondisi penyakit. Hubungan timbal balik antara depresi dan kesehatan fisik menekankan pentingnya pengenalan dan penanganan gejala depresi. Depresi yang tidak ditangani tidak hanya menurunkan kesejahteraan emosional, tetapi juga berdampak negatif terhadap hasil pengobatan dan kualitas hidup secara keseluruhan (World Health Organization, 2025).

Depresi merupakan salah satu komorbiditas neuropsikiatri yang paling umum pada orang dengan HIV (ODHIV), dengan prevalensi mencapai 22–50%, atau dua kali lebih tinggi dibandingkan populasi umum (Eisendrath et al., 2016; Desta et al., 2022). Kondisi ini bersifat multidimensional dan dipengaruhi oleh interaksi faktor biologis, psikologis, serta sosial. Faktor biologis mencakup efek infeksi HIV, seperti peradangan kronis dan efek samping terapi antiretroviral (ART) (Zaongo et al., 2025). Selain itu, beban psikososial seperti stigma, isolasi sosial, dan ketakutan akan masa depan turut memperparah kerentanan terhadap depresi (Deshmukh et al., 2017; Sebastian, 2016). Depresi yang tidak ditangani pada ODHIV menjadi kekhawatiran serius karena dapat memperburuk kondisi psikologis dan kesehatan fisik seperti menurunnya fungsi

imun hingga meningkatnya risiko kematian (Baijesh, 2015).

Depresi dijelaskan dalam teori kognitif depresi yang dikemukakan Beck dan Alford (2009), bahwa depresi dipicu oleh triad kognitif negatif, yaitu pandangan negatif terhadap diri sendiri, dunia, dan masa depan. Setelah menerima diagnosis HIV, banyak individu merasa terpukul, bersalah, menyalahkan diri sendiri atau pihak lain, bahkan merasa tidak layak untuk hidup atau memiliki masa depan. Mereka juga kerap takut mengungkapkan status HIV karena khawatir ditolak, dihakimi, atau mendapat stigma dan diskriminasi.

Pola pikir negatif itu dapat memicu gejala depresi seperti menarik diri, kehilangan motivasi untuk bekerja, berhenti atau enggan mengonsumsi obat, serta merasa putus asa. Pola pikir dan perasaan maladaptif ini muncul secara otomatis dan sulit disadari, sehingga memperkuat gejala depresi. Oleh karena itu, ODHIV dengan gejala depresi memerlukan intervensi yang tidak hanya mengurangi gejala, tetapi juga membantu mereka menyadari dan mengubah pola pikir negatif agar tidak berkembang menjadi depresi yang lebih berat.

Mindfulness merupakan pendekatan yang membantu individu menyadari cara berpikir (*mode of mind*) serta belajar melepaskan diri dari pola pikir maladaptif. *Mindfulness* adalah kesadaran yang muncul dengan memberi perhatian secara sengaja tanpa penghakiman terhadap pengalaman saat ini (Kabat-Zinn, 2003). Depresi sering kali ditandai oleh pikiran negatif berulang, penilaian diri yang keras, dan kesulitan untuk hadir di momen masa sekarang. Kondisi ini membuat individu terjebak dalam *doing mode*, yaitu mode berpikir yang berorientasi pada tujuan dan berfokus pada perbedaan antara kondisi yang diharapkan dan kenyataan. Dalam jangka panjang, pola

ini dapat memperkuat ruminasi dan memperburuk gejala depresi.

Mindfulness berperan penting dalam menurunkan gejala depresi karena membantu individu menyadari kapan mereka masuk ke *doing mode* dan belajar berpindah ke *being mode*, yaitu mode berpikir yang menekankan penerimaan penuh terhadap pengalaman saat ini tanpa berusaha mengubahnya (Segal et al., 2012). Melalui latihan *mindfulness*, individu mengembangkan kesadaran nonreaktif terhadap pikiran dan emosi, sehingga tidak mudah terjebak dalam arus pikiran negatif yang memicu depresi.

Sejumlah penelitian mendukung peran *mindfulness* dalam menurunkan gejala depresi. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat *mindfulness* yang dimiliki individu, semakin rendah tingkat depresi mereka (Fourianalistyawati & Listiyandini, 2018). Individu yang lebih *mindful* mengalami gejala depresi yang lebih rendah dibandingkan individu yang kurang *mindful* (Bergmann et al., 2021). Selain itu, penelitian Alzahrani et al. (2020) menunjukkan bahwa *mindfulness* dapat mengurangi depresi yang muncul. Hasil-hasil tersebut menunjukkan bahwa peningkatan *mindfulness* berkontribusi terhadap penurunan gejala depresi.

Salah satu intervensi berbasis *mindfulness* yang dapat membantu mengatasi depresi adalah Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). Intervensi MBCT menggabungkan pelatihan *mindfulness* dengan prinsip Cognitive Behavioral Therapy (CBT) dan dirancang khusus untuk depresi dan mencegah *relapse* (Segal et al., 2012). Dalam MBCT, individu berlatih meditasi *mindfulness* dan mempelajari pola pikir yang memicu gejala depresi, sehingga memungkinkan perubahan hubungan terhadap pikiran, perasaan, dan sensasi tubuh.

Intervensi MBCT dipilih karena secara khusus dirancang untuk depresi dan

terbukti efektif dalam menurunkan gejala depresi serta membantu individu mengelola pola pikir negatif. Pendekatan berbasis kelompok pada MBCT juga dapat memberikan dukungan sosial yang penting bagi ODHIV yang sering merasa kesepian atau kurang mendapat dukungan.

Penelitian (Baijesh, 2015) membuktikan efektivitas MBCT untuk mengatasi depresi pada ODHIV, dan meta-analisis terhadap tujuh artikel dengan total 620 ODHIV menunjukkan penurunan signifikan pada depresi setelah diberikan intervensi MBCT (Yang et al., 2015). Bukti-bukti ini mendukung pemilihan MBCT sebagai intervensi yang relevan bagi ODHIV, khususnya mengingat penelitian terkait MBCT pada ODHIV di Indonesia masih terbatas. Dengan demikian, penelitian ini dapat memberikan kontribusi dalam menggambarkan penerapan MBCT pada ODHIV yang mengalami depresi.

Penting untuk memahami bagaimana MBCT dapat menurunkan gejala depresi agar dapat memperjelas hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat dalam penelitian ini. Secara teoritis, depresi dijelaskan melalui Teori Kognitif Depresi dari Beck, yang menyatakan bahwa gejala depresi dipengaruhi oleh pikiran otomatis negatif, ruminasi, dan bias kognitif terhadap diri sendiri, dunia, dan masa depan. Pada ODHIV, pola pikir negatif ini sering kali semakin kuat karena stigma, ketakutan terhadap masa depan, serta tekanan psikologis yang terkait dengan kondisi kesehatan.

MBCT membantu individu menyadari pola pikir negatif yang muncul secara otomatis, serta melihat pikiran tersebut secara lebih objektif sehingga tidak langsung dipercaya atau diikuti. Melalui latihan *mindfulness*, individu belajar berpindah dari *doing mode*, mode yang cenderung memicu ruminasi, menuju *being mode*, yaitu keadaan mental di mana mereka hadir sepenuhnya pada pengalaman saat ini.

Pendekatan ini membantu mengurangi intensitas pikiran negatif, meningkatkan kemampuan mengelola emosi, serta membuat individu lebih mampu menghadapi stres dengan cara yang lebih adaptif. Dengan demikian, peningkatan *mindfulness* menjadi salah satu mekanisme yang menjelaskan bagaimana MBCT dapat menurunkan derajat depresi pada ODHIV (Segal et al., 2012; Fourianalistyawati & Listiyandini, 2018).

METODE PENELITIAN

Bagian metode menjelaskan tentang subjek penelitian, desain penelitian, metode pengumpulan data, prosedur intervensi, dan teknik analisis data.

Seluruh prosedur penelitian dijalankan sesuai prinsip etik penelitian, termasuk memperoleh *informed consent* tertulis, menjaga kerahasiaan identitas, menjamin anonimitas data, serta memungkinkan partisipan untuk mengundurkan diri kapan saja tanpa konsekuensi.

Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif dengan *pre-experimental design*. Desain ini digunakan untuk mempelajari satu kelompok saja dan menerapkan suatu intervensi selama eksperimen berlangsung.

Desain ini tidak melibatkan kelompok kontrol yang dapat dibandingkan dengan kelompok eksperimen. Rancangan *pre-experimental* yang digunakan adalah *one-group pretest-posttest design*. Desain ini melibatkan pengukuran prates yang diikuti dengan intervensi dan pascates pada satu kelompok yang sama (Creswell & Creswell, 2018). Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah Beck Depression Inventory II (BDI-II) untuk mengukur tingkat depresi dan Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) untuk mengukur tingkat *mindfulness* pada partisipan penelitian.

Subjek Penelitian

Penentuan partisipan penelitian dilakukan dengan menggunakan teknik *non-probability sampling design* dengan metode *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah teknik *sampling* yang didasarkan pada kriteria tertentu yang relevan dengan tujuan penelitian (Sugiyono, 2019). Kriteria partisipan penelitian adalah ODHIV yang mengalami gejala depresi dengan tingkat keparahan minimal hingga berat. Berdasarkan kriteria tersebut, terdapat 8 partisipan yang memenuhi syarat dan bersedia mengikuti penelitian. Data demografis partisipan dapat dilihat pada tabel 1 dan 2.

Tabel 1. Gambaran Data Demografis Partisipan Penelitian

Karakteristik Partisipan		<i>n</i>	%
Usia	22 tahun	1	12.5%
	25 tahun	1	12.5%
	27 tahun	1	12.5%
	31 tahun	1	12.5%
	32 tahun	1	12.5%
	39 tahun	1	12.5%
	41 tahun	1	12.5%
	42 tahun	1	12.5%
Jenis Kelamin	Laki - Laki	8	87.5%
	Perempuan	1	12.5%
Pendidikan	SMA	2	25%
	SMK	1	12.5%
	D3	2	25%
	S1	3	37.5%
Pekerjaan	Bekerja	8	100%
	Tidak Bekerja	0	0%
Lamanya Mengidap HIV	< 5 tahun	3	37.5%
	> 5 tahun	5	62.5%
Pengobatan ARV	Rutin Konsumsi	7	87.5%
	Tidak Konsumsi	1	12.5%

Tabel 2. Identitas Partisipan Penelitian

Inisial	Skor BDI	Kategori
WR	37	Berat
RP	34	Berat
IS	33	Berat
FH	33	Berat
FY	29	Berat
IJ	21	Moderat
YA	13	Minimal
SS	12	Minimal

Metode Pengumpulan Data

Pada pra-sesi intervensi, partisipan diberikan kuesioner BDI-II dan FFMQ sebagai prates untuk mengukur tingkat depresi dan tingkat *mindfulness* yang dimiliki. Alat ukur BDI-II mengukur tingkat gejala depresi partisipan. BDI-II merupakan kuesioner *multiple choice* yang terdiri dari empat pilihan jawaban dengan total 21 item yang menggambarkan gejala depresi. Kuesioner BDI-II yang digunakan dalam penelitian ini telah diterjemahkan dan

diadaptasi ke dalam Bahasa Indonesia oleh Ginting et al. (2013) yang dapat digunakan untuk populasi umum di Indonesia.

Kuesioner FFMQ mengukur *mindfulness* pada partisipan. Peneliti menggunakan Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) yang telah diterjemahkan dan diadaptasi ke dalam Bahasa Indonesia oleh Meindy et al., (2022) dan dapat digunakan untuk mengukur *mindfulness* pada populasi dewasa umum di Indonesia. FFMQ yang telah diterjemahkan

dan diadaptasi terdiri dari 37 item dengan skala Likert (1-5) yang awalnya berjumlah 38 item.

Selanjutnya, dilakukan wawancara individual saat pra-sesi untuk mendapatkan informasi secara lebih mendalam terkait dengan gejala depresi yang dialami. Setelah pra-sesi, responden diberikan intervensi MBCT. Intervensi MBCT terdiri dari delapan sesi yang dilakukan selama delapan minggu. Setelah intervensi MBCT selesai dilaksanakan, seluruh partisipan mengisi kuesioner BDI-II dan FFMQ sebagai pascates. Selanjutnya dilakukan *follow up* individual satu setengah bulan (enam minggu) setelah pelaksanaan pascates dan seluruh partisipan kembali mengisi kuesioner BDI-II dan FFMQ. Peneliti menggunakan kuesioner FFMQ dan juga wawancara terkait pengetahuan, pemahaman, serta dampak intervensi berbasis *mindfulness* pada partisipan sebagai bentuk *manipulation check*.

Durasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan selama $\pm 8-9$ minggu. Intervensi MBCT terdiri dari delapan sesi kelompok, yang dijadwalkan sekali seminggu. Beberapa sesi diundur melebihi satu minggu untuk menyesuaikan ketersediaan dan kehadiran partisipan.

Prosedur Intervensi

Intervensi MBCT yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan pedoman berdasarkan *Mindfulness – Based Cognitive Therapy for Depression* yang dikembangkan oleh (Segal et al., 2012). Sebelum memulai intervensi MBCT, peneliti melakukan wawancara individual untuk memperoleh data mengenai gejala depresi yang dialami setiap partisipan. Intervensi MBCT dilakukan secara *onsite* dengan delapan sesi yang dilaksanakan seminggu sekali, masing-masing sekitar dua jam. Partisipan diberikan pekerjaan rumah (*home practice*), dan pengalaman mereka dalam melakukan

latihan ini dibahas pada setiap sesi. Seluruh sesi meliputi berbagai latihan *mindfulness* yang selalu diikuti dengan *practice review*, yaitu partisipan menceritakan pengalaman mereka setelah melakukan latihan.

Sesi 1: Awareness and Automatic Pilot

Sesi ini bertujuan meningkatkan kesadaran partisipan terhadap pola hidup otomatis (*doing mode*) yang dapat memicu pemikiran negatif dan ruminasi. Partisipan belajar keluar dari pola otomatis dengan memusatkan perhatian dan menyadari pemikiran, perasaan, serta sensasi tubuh melalui *raisin exercise* dan *body scan*.

Sesi 2: Living in Our Heads

Sesi ini berfokus membantu partisipan beralih dari *doing mode* yang cenderung memicu ruminasi dan kecemasan, kepada *being mode* dengan cara meningkatkan kesadaran langsung terhadap tubuh. Latihan pada sesi ini meliputi *body scan* dan *sitting meditation* dengan *guided imagery*. Partisipan diminta membayangkan bagaimana pengalaman saat pertama kali mengetahui status HIV mereka.

Sesi 3: Gathering the Scattered Mind

Sesi ini bertujuan membantu partisipan menyadari bahwa pikiran sering mengembara ke masa lalu atau masa depan dalam upaya menyelesaikan tugas atau mencapai tujuan. Partisipan dilatih menggunakan napas dan sensasi tubuh sebagai jangkar untuk kembali ke momen sekarang. Latihan yang dilakukan meliputi *hearing exercise*, *sitting meditation*, *three-minute breathing space*, dan *mindful stretching*.

Sesi 4: Recognizing Aversion

Sesi ini berfokus mengenali pola otomatis yang memicu ruminasi dan kecemasan, serta melatih kesadaran terhadap perasaan yang tidak menyenangkan sehingga individu dapat

merespons pengalaman tersebut dengan perspektif yang lebih luas dan adaptif melalui *mindfulness*. Latihan meliputi *hearing exercise*, *sitting meditation*, membaca puisi, *three-minute breathing space*, dan *mindful walking*.

Sesi 5: Allowing / Letting Be

Sesi ini berfokus membantu partisipan berinteraksi dengan cara yang berbeda terhadap perasaan dan sensasi yang tidak menyenangkan, serta mengizinkan hal tersebut terjadi sebagaimana adanya. Latihan yang dilakukan meliputi *sitting meditation*, membaca puisi, dan *three-minute breathing space*.

Sesi 6: Thoughts are Not Facts

Sesi ini membantu partisipan berelasi dengan cara yang berbeda terhadap pemikiran agar dapat membebaskan diri dari *ruminative doing mode*, dengan memahami bahwa pemikiran bukanlah fakta dan akan berlalu dengan sendirinya. Latihan meliputi *sitting meditation*, *moods and thoughts alternative viewpoints exercise* (partisipan diberikan dua skenario serupa dengan muatan emosi berbeda), dan *three-minute breathing space*.

Sesi 7: How Can I Best Take Care of Myself

Sesi ini bertujuan mengembangkan keterampilan partisipan untuk merawat diri ketika mengalami *depressed mood*, dengan memahami tanda peringatan, melakukan aksi atau perilaku yang memberikan kesenangan atau *sense of mastery*, serta praktik *mindfulness*. Latihan meliputi *sitting meditation*, mengeksplorasi hubungan antara aktivitas dan *mood*, belajar cara menyusun jadwal aktivitas ketika *mood* sedang menurun, mengidentifikasi aksi atau perilaku untuk mencegah *relapse*, dan *three-minute breathing space*.

Sesi 8: Integrating Mindfulness into Daily Life

Sesi terakhir ini bertujuan merencanakan cara baru untuk menjalani kehidupan dengan lebih *mindful*. Latihan meliputi *body scan*, tinjauan seluruh sesi, refleksi pengalaman pribadi terhadap program MBCT, penyusunan *action plan*, *three-minute breathing space*, dan perpisahan.

Setelah seluruh sesi MBCT selesai, peneliti melakukan pascates dua minggu setelah sesi terakhir, disertai wawancara untuk menilai perkembangan setiap partisipan dan ketekunan mereka dalam melakukan *mindfulness practice* dalam kehidupan sehari-hari. Selanjutnya, dilakukan *follow-up* enam minggu setelah pascates (sekitar dua bulan setelah sesi terakhir), dan disertai wawancara individual.

Guna meminimalkan pengaruh *extraneous variable*, seluruh sesi MBCT difasilitasi oleh fasilitator yang sama dan dilakukan dalam kelompok yang sama dengan jadwal yang relatif konsisten. Partisipan juga diminta untuk tidak mengikuti intervensi psikologis lain selama penelitian berlangsung. Selain itu, dilakukan *manipulation check* melalui wawancara dan pengukuran *mindfulness* untuk memastikan bahwa perubahan tingkat depresi berkaitan langsung dengan intervensi yang diberikan.

Teknik Analisis Data

Penelitian ini menggunakan uji statistik *Shapiro-Wilk* untuk uji normalitas karena jumlah sampel penelitian kurang dari 50 orang. Selanjutnya, uji beda dilakukan dengan menggunakan statistik non parametrik yaitu uji *Wilcoxon Signed – Rank*, untuk mengetahui perbedaan sebelum dan sesudah intervensi dalam kelompok yang sama. Uji statistik dilakukan menggunakan *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS) 2.

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan Tabel 2 hasil uji normalitas menggunakan *Shapiro-Wilk*, menunjukkan bahwa data terdistribusi

normal ($p > .05$). Meskipun demikian, uji nonparametrik tetap dilakukan karena ukuran sampel kecil.

Tabel 3. Hasil Uji Normalitas

Prates Depresi	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	p
Pascates Depresi	.854	8	.104
Prates <i>Mindfulness</i>	.848	8	.091
Pascates <i>Mindfulness</i>	.980	8	.964
Prates Depresi	.953	8	.744

Tabel 4. Hasil Uji Deskriptif

Variabel	N	Minimum	Maximum	M	SD
Prates Depresi	8	12	37	26.50	9.856
Pascates Depresi	8	6	23	15.12	7.396
Prates <i>Mindfulness</i>	8	101	127	114.25	8.481
Pascates <i>Mindfulness</i>	8	110	128	119.25	6.182

Hasil uji deskriptif menunjukkan adanya penurunan skor depresi setelah intervensi, di mana skor rata-rata (M) pada prates adalah 26.50 ($SD = 9.856$) dengan rentang skor 12-37, sementara pada pascates menurun menjadi 15.12 ($SD = 7.396$) dengan rentang 6-23. Temuan ini

menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan berpotensi untuk menurunkan tingkat depresi. Selain itu, skor *mindfulness* mengalami peningkatan, dengan $M = 114.25$ ($SD = 8.481$) pada prates dengan rentang 101-127 menjadi $M = 119.25$ ($SD = 6.182$) pada pascates dengan rentang 110-128.

Tabel 5. Hasil Uji Beda *Wilcoxon Signed-Rank* Variabel Depresi

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pascates Depresi – Prates Depresi	Negative Ranks	8 ^a	4.50	36.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	0 ^c		
	Total	8		

Hasil uji beda *Wilcoxon Signed-Rank* variabel depresi pada tabel 3 menunjukkan adanya perbedaan signifikan antara skor prates dan pascates depresi ($p = .011$, $p < .05$). Data pada tabel *ranks* menunjukkan bahwa seluruh partisipan ($N = 8$) mengalami penurunan skor depresi setelah diberikan intervensi. Temuan ini mengindikasikan bahwa intervensi yang diberikan berpotensi

untuk menurunkan tingkat depresi pada partisipan.

Selanjutnya, dilakukan *manipulation checking* untuk memastikan bahwa perbedaan derajat depresi antara skor prates dan pascates disebabkan oleh intervensi berbasis *mindfulness* yaitu MBCT, sebagaimana ditampilkan dalam Tabel 4.

Tabel 6. Hasil Uji Beda Wilcoxon Signed-Rank Variabel *Mindfulness*

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
PostMindfulness -	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
PreMindfulness	Positive Ranks	7 ^b	4.00	28.00
	Ties	1 ^c		
	Total	8		

Hasil uji *Wilcoxon Signed-Rank* variabel *mindfulness* menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara skor prates dan pascates *mindfulness* ($p = .018$, $p < .05$). Data pada tabel *ranks* menunjukkan peningkatan skor *mindfulness* pada tujuh partisipan, sementara satu partisipan memiliki skor yang tetap. Temuan ini menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan berpotensi untuk meningkatkan *mindfulness* pada sebagian besar partisipan.

PEMBAHASAN

Hasil uji *Wilcoxon Signed-Rank* menunjukkan adanya perbedaan signifikan antara skor prates dan pascates depresi pada ODHIV setelah mengikuti program MBCT. Hal ini mengindikasikan penurunan gejala depresi setelah intervensi. Temuan ini konsisten dengan teori yang dikemukakan Segal et al. (2012) bahwa MBCT efektif dalam menurunkan depresi melalui peningkatan keterampilan *mindfulness*. Temuan ini juga sejalan dengan hasil penelitian Baijesh (2015) dan Javed et al. (2017) yang melaporkan efektivitas MBCT dalam mengurangi gejala depresi pada individu dengan HIV. Hasil ini menunjukkan bahwa MBCT berpotensi menjadi intervensi yang efektif untuk mengelola depresi pada ODHIV.

Program MBCT dilaksanakan dalam *setting* kelompok selama delapan minggu, dengan satu sesi per minggu. Setiap sesi diawali dengan *mood check*, di mana partisipan berbagi pengalaman dan perasaan mereka sebelum latihan *mindfulness*, untuk memberikan konteks terhadap respons mereka selama sesi.

Latihan *mindfulness* ditambahkan dengan *guided imagery* yang disesuaikan dengan pengalaman hidup partisipan, khususnya terkait status HIV, agar praktik *mindfulness* lebih bermakna.

Pada sesi pertama, partisipan diperkenalkan pada konsep *awareness* atau kesadaran diri melalui *raisin exercise* yang dimodifikasi menggunakan Beng-Beng dan latihan *body scan*. Latihan ini membantu partisipan menyadari pola aktivitas harian yang berjalan otomatis (*doing mode*) dan mulai mengembangkan kesadaran penuh (*being mode*). Hasil observasi menunjukkan bahwa beberapa partisipan mengalami relaksasi, sementara sebagian lainnya merasakan ketegangan fisik, yang menunjukkan respons individu yang bervariasi terhadap latihan *mindfulness*. *Home practice* berupa latihan *body scan*, praktik *mindful activity*, dan pencatatan pengalaman memperkuat kemampuan partisipan untuk hadir dalam momen saat ini.

Sesi kedua hingga ketiga menekankan kesadaran terhadap pikiran dan pengalihan dari *doing mode* ke *being mode*, melalui latihan *body scan*, *mindfulness of breath*, *pleasant experiences calendar*, meditasi duduk, dan *hearing exercise*. Partisipan belajar mengamati pikiran negatif yang memicu ruminasi, dan menggunakan napas atau sensasi tubuh sebagai jangkar untuk kembali ke momen saat ini. Beberapa partisipan melaporkan kesulitan konsisten melakukan *home practice* karena tuntutan pekerjaan dan tanggung jawab keluarga, namun semua menyadari manfaat latihan dalam menghadapi stres.

Sesi empat hingga lima difokuskan pada penerimaan pengalaman emosional negatif melalui *guided imagery*, *breathing space*, dan latihan meditasi duduk. Partisipan mulai memahami bahwa menghindari emosi tidak menyenangkan dapat memperburuk depresi, sehingga penerimaan pengalaman negatif menjadi strategi penting untuk mengurangi reaktivitas emosional. Sesi keenam menekankan konsep bahwa pikiran bukan fakta (*thoughts are not facts*), yang membantu partisipan memisahkan kenyataan dari isi pikiran negatif dan mengurangi keterikatan pada pola ruminatif.

Sesi tujuh menekankan pengembangan keterampilan *self-care* dan pengelolaan *mood* negatif, di mana partisipan belajar mengidentifikasi aktivitas yang dapat meningkatkan *mood* mereka. Sesi kedelapan berfokus pada penguatan dan pemeliharaan keterampilan *mindfulness*, melalui *body scan*, tinjauan seluruh sesi, refleksi pengalaman, dan penyusunan *action plan* untuk mengintegrasikan praktik *mindfulness* dalam kehidupan sehari-hari.

Observasi menunjukkan bahwa partisipan yang konsisten melakukan latihan mampu mempertahankan penurunan gejala depresi, sedangkan partisipan yang kurang konsisten menunjukkan peningkatan skor depresi pada *follow-up* enam minggu.

Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa efektivitas MBCT sangat dipengaruhi oleh konsistensi latihan dan kemampuan individu mengintegrasikan *mindfulness* dalam kehidupan sehari-hari (Segal et al., 2012; Mushtaq et al., 2017). Selain itu, interaksi sosial selama sesi kelompok juga memberikan dukungan emosional tambahan yang memperkuat efek intervensi, sesuai dengan literatur yang menekankan

peran dukungan sosial dalam terapi kelompok (Baijesh, 2015).

Keterbatasan penelitian ini adalah penggunaan desain *one-group pretest-posttest* yang tidak melibatkan kelompok kontrol, sehingga faktor eksternal tidak dapat dieliminasi sepenuhnya. Selain itu jumlah partisipan yang kecil karena kesulitan rekrutmen, dan jarak antar sesi yang kadang lebih dari satu minggu karena menyesuaikan waktu dengan partisipan.

Meskipun beberapa partisipan memiliki skor depresi kategori berat, pengamatan selama sesi menunjukkan gejala yang cenderung ringan hingga sedang, sehingga skor kuantitatif tidak selalu mencerminkan pengalaman sehari-hari. Hal ini menunjukkan perlunya penelitian lebih lanjut pada ODHIV dengan depresi berat yang nyata, menggunakan intervensi individual atau kombinasi terapi.

Implikasi penelitian menunjukkan bahwa MBCT dapat berpotensi menjadi intervensi kelompok yang efektif untuk menurunkan depresi dan meningkatkan *mindfulness* pada ODHIV. Konsistensi praktik dan dukungan sosial menjadi faktor penting untuk mempertahankan efek jangka panjang.

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa MBCT berpotensi membantu menurunkan gejala depresi pada ODHI. Meskipun efek sebab-akibat tidak dapat dipastikan karena desain penelitian yang tidak melibatkan kelompok kontrol, temuan ini membuktikan MBCT efektif dalam mengurangi tingkat depresi pada partisipan.

Selain itu, melalui *manipulation check* diperoleh hasil bahwa terdapat peningkatan *mindfulness* pada ODHIV setelah mengikuti MBCT. Hal ini mengindikasikan bahwa MBCT tidak hanya menurunkan gejala depresi, namun juga meningkatkan *mindfulness*.

Partisipan melaporkan adanya perubahan yang bermakna dalam kemampuan menghadapi emosi negatif, serta peningkatan dalam keterampilan mengelola stres dan menghadapi tantangan hidup sehari-hari. Selain itu, hubungan antar partisipan yang terjalin selama sesi MBCT juga memberikan dukungan emosional yang memperkuat efektivitas intervensi.

Meskipun sebagian partisipan yang mengalami permasalahan dalam pekerjaan dan keluarga melaporkan peningkatan kembali gejala depresi pada tahap *follow-up*, hal ini menunjukkan bahwa konsistensi dalam praktik *mindfulness* memegang peranan penting untuk menjaga efektivitas jangka panjang dari MBCT.

Dengan demikian, MBCT dapat dianggap sebagai salah satu pendekatan yang berpotensi untuk menurunkan depresi pada ODHIV, namun diperlukan dukungan berkelanjutan serta integrasi praktik *mindfulness* dalam kehidupan sehari-hari untuk mempertahankan hasil yang optimal.

Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pengalaman selama pelaksanaan MBCT, disarankan bagi ODHIV untuk menerapkan latihan *mindfulness* secara rutin dalam kehidupan sehari-hari, terutama bagi mereka dengan gejala depresi ringan hingga

sedang, karena praktik ini dapat membantu mengelola pikiran negatif, stres, dan meningkatkan kesejahteraan emosional. Bagi ODHIV dengan depresi berat, disarankan untuk mempertimbangkan intervensi individual atau kombinasi terapi lain yang lebih intensif sesuai tingkat keparahan.

Bagi peneliti selanjutnya, disarankan untuk melibatkan kelompok kontrol untuk memperkuat validitas hasil penelitian. Peneliti juga disarankan untuk memperluas jumlah partisipan agar temuan penelitian dapat lebih digeneralisasi. Selain itu, penelitian selanjutnya dapat mengeksplorasi faktor-faktor yang memengaruhi keterlibatan partisipan dalam mengerjakan *home practice* MBCT, seperti motivasi, hambatan dalam latihan mandiri, dan dukungan sosial, untuk merancang strategi intervensi yang lebih efektif.

Bagi lembaga terkait, termasuk psikolog klinis dan komunitas HIV, temuan ini dapat dijadikan dasar dalam menyelenggarakan program berbasis *mindfulness* untuk meningkatkan kesejahteraan mental ODHIV. Lembaga dapat menyediakan dukungan berkelanjutan, memfasilitasi sesi kelompok, serta menyediakan panduan latihan mandiri agar manfaat MBCT dapat dipertahankan dalam jangka panjang.

DAFTAR PUSTAKA

- Alzahrani, A. M., Hakami, A., AlHadi, A., Batais, M. A., Alrasheed, A. A., & Almigbal, T. H. (2020). The interplay between mindfulness, depression, stress and academic performance in medical students: A Saudi perspective. *PLOS ONE*, 15(4), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231088>
- Baijesh, A. R. (2015). Mindfulness based cognitive therapy for depression among HIV-infected individuals. *The International Journal of Indian Psychology*, 3.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment* (2nd ed.). University of Pennsylvania Press.
- Bergmann, N., Hahn, E., Hahne, I., Zierhut, M., Ta, T. M. T., Bajbouj, M., Pijnenborg, G. H. M., & Böge, K. (2021). The relationship between mindfulness, depression, anxiety, and quality of life in individuals with schizophrenia spectrum disorders. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.708808>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. SAGE Publications.
- Deshmukh, N., Borkar, A., & Deshmukh, J. (2017). Depression and its associated factors among people living with HIV/AIDS: Can it affect their quality of life? *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(3), 549. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.222016>
- Desta, F., Tasew, A., Tekalegn, Y., Zenbaba, D., Sahiledengle, B., Assefa, T., Negash, W., Tahir, A., Regasa, T., Mamo, A., Teferu, Z., Solomon, D., Gezahegn, H., Bekele, K., Regassa, Z., & Atlaw, D. (2022). Prevalence of depression and associated factors among people living with HIV/AIDS in public hospitals of Southeast Ethiopia. *BMC Psychiatry*, 22(1), 557. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04205-6>
- Eisendrath, S. J., Gillung, E., Delucchi, K. L., Segal, Z. V., Nelson, J. C., McInnes, L. A., Mathalon, D. H., & Feldman, M. D. (2016). A randomized controlled trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for treatment-resistant depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(2), 99–110. <https://doi.org/10.1159/000442260>
- Fourianalistyawati, E., & Listiyandini, R. A. (2018). Hubungan antara mindfulness dengan depresi pada remaja. *Journal Psikogenesis*, 5(2), 115–122. <https://doi.org/10.24854/jps.v5i2.500>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70028-0](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70028-0)
- Javed, S., Mushtaq, S., & Gaur, R. K. (2017). Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on quality of life, life satisfaction and depression of patients with HIV/AIDS. *Int J Sci Res*, 6(6), 407–410.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>

- Meindy, N., Djunaidi, A., & Triwahyuni, A. (2022). Adaptasi Five Facet Mindfulness Questionnaire bahasa Indonesia. *Psychocentrum Review*, 4(1), 1–19.
<https://doi.org/10.26539/pcr.41849>
- Mushtaq, S., Gaur, R. K., & Javed, S. (2017). Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on quality of life, life satisfaction and depression of patients with HIV/AIDS. *International Journal of Scientific Research*, 6(6), 16–19.
- Sebastian, S. T. (2016). Social, psychological and health concerns of people living with HIV/ AIDS in Mysore District, Karnataka. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*.
<https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/17212.7420>
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford press.
- Sugiyono. (2019). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.
- World Health Organization. (2025, August 29). *Depressive disorder (depression)*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Yang, Y., Liu, Y.-H., Zhang, H.-F., & Liu, J.-Y. (2015). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapies on people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(3), 283–294.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.07.003>
- Zaongo, S. D., Wu, W., & Chen, Y. (2025). Pathogenesis of HIV-associated depression: contributing factors and underlying mechanisms. *Frontiers in Psychiatry*, 16.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1557816>