

LITERATUR REVIEW
INTERVENSI DEPRESI PADA PASIEN HIV

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Program
Studi Diploma III Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
Bandung



Oleh:

SELLYFAH FITRIAH

4180170067

PROGRAM STUDI DIPLOMA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG

2020

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : INTERVENSI DEPRESI PADA PASIEN HIV

NAMA : SELLYFAH FITRIAH

NIM : 4180170067

Telah Disetujui Untuk Diajukan Sidang Akhir Program Studi DIII Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana Bandung

Menyetujui:

Pembimbing 1



Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

Pembimbing 2



Hj Sri Mulyati Rahayu, S.Kp.,M.Kes

LEMBAR PENGESAHAN

Studi Literatur ini telah dipertahankan dan diperbaiki sesuai dengan masukan para
penguji Program Studi Diploma III Keperawatan

Universitas Bhakti Kencana

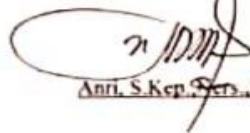
Pada Agustus 2020

Penguji 1



Dedi Mulyadi, S.Pd., S.KM.S.Kep., M.H.Kes

Penguji 2



Anni, S.Kep., Sers., M.Kep

Universitas Bhakti Kencana

Dehan Pakuhis Keperawatan



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sellyfah Fitriah
NPM : 4180170067
Fakultas : Keperawatan
Prodi : D3 Keperawatan

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul: “Intervensi Depresi Pada Pasien HIV” **Bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain.**

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya *bersedia menerima sanksi* sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun juga dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, September 2020

Yang membuat pernyataan


Sellyfah Fitriah

Pembimbing I



Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

Pembimbing II



Hj Sri Mulyati Rahayu,S.Kp,M,Kes

ABSTRAK

HIV/AIDS merupakan penyakit menular hampir diseluruh dunia termasuk di Indonesia. Prevalensi HIV di Indonesia pada tahun 2018 mengalami kenaikan dengan jumlah kasus mencapai (47%) atau sebanyak 301.959 jiwa, pada tahun 2018 Jawa Barat berada di urutan ke tiga sebagai Provinsi dengan kasus HIV tertinggi di Indonesia sebanyak 31.293 orang. Faktor risiko penularan HIV terbanyak yaitu melalui hubungan seks berisiko pada heteroseksual (70.2%), Penyebaran HIV saat ini menyerang pada ibu rumah tangga dengan jumlah (16.844 orang). Reaksi yang terjadi pada wanita yang terinfeksi HIV sangatlah berbeda jika dibandingkan dengan laki-laki. Wanita yang terinfeksi HIV akan mengalami depresi, kecemasan, dan perasaannya mudah terluka. Timbulah permasalahan yaitu fisik maupun psikologis. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui intervensi depresi pada pasien HIV. Metode yang dilakukan dalam penelitian ini adalah *studi literature* dengan cara mengumpulkan data, membaca dan mencatat serta mengolah bahan penelitian. Jurnal yang menjadi populasi adalah 1.850 dan sampel dalam penelitian ini menggunakan 3 jurnal ber ISSN dengan jangka waktu 10 tahun yang berkaitan dengan intervensi depresi pada pasien HIV. Hasil penelitian didapatkan bahwa dengan intervensi psikologis pada ODHA dapat menurunkan depresi yang sering dialami penderita dan mencegah munculnya gangguan mental, diantaranya dengan terapi SEFT (Spiritual Emotional Freedom Technique), (CBT) Terapi Kognitif Perilaku, dan Pengaruh Relaksasi Lima Jari. Dari 3 jurnal tersebut dapat disimpulkan bahwa terapi sangat penting untuk mengurangi depresi. Saran dalam penelitian ini diharapkan pelayanan kesehatan dapat menggunakan terapi sebagai salah satu cara untuk menurunkan tingkat depresi pada penderita HIV.

Kata Kunci : Depresi, HIV, Intervensi, Pada Pasien

Sumber : 1 buku (2010-2020) + 3 jurnal (2010-2020) + 5 Internet (2010-2020)

ABSTRACT

HIV / AIDS is a contagious disease in almost all over the world, including in Indonesia. The prevalence of HIV in Indonesia in 2018 has increased with the number of cases reaching (47%) or as many as 301,959 people, in 2018 West Java was in third place as the province with the highest HIV cases in Indonesia with 31,293 people. The most risk factor for HIV transmission is through risky sex in heterosexuals (70.2%). The spread of HIV is currently attacking housewives with a total of 16,844 people. The reactions that occur in HIV-infected women are very different when compared to men. Women who are infected with HIV will experience depression, anxiety, and feelings of irritability. The problems arise, namely physical and psychological. This study aims to determine depression interventions in HIV patients. The method used in this research is literature study by collecting data, reading and taking notes and processing research materials. The journal population is 1.850 and sample in this study used 3 ISSN journals with a period of 10 years related to depression intervention in HIV patients. The results showed that psychological intervention in PLWHA can reduce depression often experienced by sufferers and prevent mental disorders, including SEFT therapy (Spiritual Emotional Freedom Technique), Cognitive Behavioral Therapy (CBT), and the Effect of Five Finger Relaxation. From these 3 journals, it can be concluded that therapy is very important to reduce depression. The suggestion in this research is that it is hoped that health services can use therapy as a way to reduce depression levels in HIV sufferers.

Keywords : Depression, HIV, Intervention, In Patients

Source : 1 books (2010-2020) + 3 Journals (2010-2020) + 5 Internet Sites (2010-2020)

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT, yang telah mencurahkan nikmat dan karunianya yang telah diberikan kepada hambanya sehingga penulis bisa menyelesaikan tugas akhir Proposal penelitian ini pada waktunya meskipun terdapat ketidak sempurnaan. Shalawat serta salam semoga tercurah limpahkan Kepada Nabi Muhammad SAW.

Proposal penelitian ini berjudul **“INTERVENSI DEPRESI PADA PASIEN HIV”**. Dalam menyusun penelitian ini, penulis mendapat pengarahannya dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini peneliti tidak lupa ucapkan terimakasih kepada yang terhormat:

1. H. Mulyana, SH.,M.Pd.,MH.Kes, selaku ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, MH. Kes., Apt. selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
3. Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep selaku Dekan Fakultas Keperawatan
4. Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep, selaku Kaprodi DIII Keperawatan
5. Vina vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep, selaku pembimbing ke satu yang selalu memerikan arahan dan bimbingan kepada penulis
6. Hj Sri Mulyati Rahayu, S.Kp,M,Kes., selaku pembimbing ke dua yang selalu memerikan arahan dan bimbingan kepada penulis.
7. Anri, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku wali kelas yang telah memberikan motivasi bagi penulis.

8. Staf dan Dosen Universitas Bhakti Kencana yang telah memberikan izin penulis untuk melakukan penelitian.
9. Kepada Ayahanda (Supardi) dan Ibunda (Elah) yang selalu mendo'akan, memberi dukungan tanpa henti dan perhatian serta bantuan baik secara moril maupun material kepada penulis.
10. Kepada sahabat Agustiana Fadilatun, Agityas Adhitya, Ineu Pebriyanti, Lulu Nurul Anjani, Runi Nurazizah, Siti Elprida Bayanida, Sri Wulandari selalu memberikan semangat, motivasi dan do'a nya kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal ini.
11. Seluruh sahabat Angkatan XXIV di DIII Keperawatan yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan dan motivasi bersama dalam menyelesaikan proposal penelitian ini.

Penulis menyadari bahwa hasil penulisan Proposal Penelitian ini masih jauh dari kata sempurna, baik tinjauan dari segi isi maupun cara penyajiannya. Oleh karena itu, dengan hati yang lapang penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak. Akhir kata semoga Proposal Penelitian ini dapat bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi pembaca.

Bandung, September 2020

Sellyfah Fitriah

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN.....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR BAGAN.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan.....	7
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Manfaat Teoritis	7
1.4.2 Manfaat Praktis.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep HIV/AIDS	9
2.1.1 Definisi HIV/AIDS	9

212	Etiologi	10
213	Klasifikasi	11
214	Kelompok Resiko.....	12
215	Patofisiologi.....	13
216	Manifestasi Klinis	14
217	Komplikasi.....	17
218	Faktor Resiko dan Cara Penuaran.....	18
219	Pencegahan	19
21.10	Diagnosis	21
21.11	Masalah Yang Dialami ODHA.....	22
2.2	Konsep Depresi.....	23
221	Definisi Depresi	23
222	Penatalaksanaan Depresi	24
223	Faktor Resiko Depresi.....	25
224	Gejala Depresi.....	28
225	Depresi Pada Pasien HIV/AIDS	29
2.3	Konsep Ibu Rumah Tangga	32
231	Definisi Ibu Rumah Tangga.....	32
232	Peran Ibu Rumah Tangga	32
2.4	Hasil Penelitian	33
BAB III METODELOGI PENELITIAN.....		37
3.1	Desain Penelitian.....	37
3.2	Variabel Penelitian	37
3.3	Populasi	37

3.4 Sampel	38
3.4.1 Tehnik Sampling	38
3.4.1.1 Kriteria Inklusi.....	38
3.4.1.2 Kriteria Eklusi.....	39
3.5 Tahapan Literatur Review	39
3.5.1 Merumuskan Masalah	39
3.5.2 Mencari dan Mengumpulkan Data Literatur	39
3.5.3 Pengumpulan Data	40
3.6 Etika Penelitian	42
3.7 Lokasi Penelitian.....	43
3.8 Waktu Penelitian	43
BAB IV HASIL PENELITIAN	44
BAB V PEMBAHASAN	60
BAB VI PENUTUP	76
6.1 Kesimpulan.....	76
6.2 Saran.....	76
DAFTAR PUSTAKA	78

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Statistik Deskripsi Skor BDI pada Kelompok Eksperimen dan Kontrol.....	35
Tabel 4.1 Hasil Pencarian Jurnal	44

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka Teori	36
Bagan 3.1 Tahapan Systematic Literature	41

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Persetujuan	i
Lampiran 2 Riwayat Hidup.....	82
Lampiran 3 Lembar Konsultasi.....	83
Lampiran 4 Hasil Plagiarisme	91

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

HIV (Human Immunodeficiency Virus) merupakan keadaan seseorang yang tidak memiliki sistem kekebalan tubuh sehingga berbagai macam penyakit dapat menyerang dan sangat sulit untuk disembuhkan. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) merupakan suatu keadaan penurunan kekebalan tubuh yang dapat disebabkan oleh virus. Hampir semua penderita HIV AIDS berakhir dengan kematian, karena hingga saat ini penyakit HIV AIDS belum ada obatnya (Hutapea, R., 2011)

Epidemi HIV/AIDS menjadi tantangan kesehatan hampir di seluruh dunia, termasuk di Indonesia. Jumlah kumulatif infeksi HIV di Indonesia sebanyak 349.883 orang (Infopublik, 2019). Yang dilaporkan sampai dengan Juni 2018 sebanyak 301.959 jiwa (47%) estimasi ODHA jumlah orang dengan HIV AIDS tahun 2018 sebanyak 640.443 jiwa, (KemenkesRI, 2019). Sedangkan angka kejadian HIV/AIDS pada tahun 2018 di Provinsi Jawa Barat sebanyak 31.293 orang (Infopublik, 2018). Adapun provinsi dengan jumlah infeksi HIV tertinggi adalah DKI Jakarta (55.099), diikuti Jawa Timur (43.399), Jawa Barat (31.293), Papua (30.699), dan Jawa Tengah (24.757) (Infopublik, 2018). Menurut hasil survey Dinas Kesehatan kota Bandung tahun (2018) jumlah penderita HIV/AIDS sebanyak 945 orang, jumlah penderita pada ibu rumah tangga secara kumulatif mencapai 338 orang (10,85%). Penderita ini lebih tinggi dibandingkan dengan populasi risiko wanita pekerja seksual yang hanya

mencapai 4,05% (KPA Kota Bandung, 2014). Yang dilaporkan jumlah kasus HIV terus meningkat setiap tahunnya, sementara jumlah AIDS relatif stabil. Hal ini menunjukkan bahwa semakin banyak orang dengan HIV/AIDS (ODHA) yang diketahui statusnya saat masih dalam fase terinfeksi (HIV positif) dan belum masuk ke dalam stadium AIDS (Kemenkes 2018).

Berdasarkan data laporan tahun 2017 yang bersumber dari Informasi HIV-AIDS dan IMS (Infeksi Menular Seksual) (SIHA), persentasi jumlah HIV pada laki-laki sebanyak 62% dan jumlah AIDS sebanyak 64%, sedangkan jumlah HIV pada perempuan sebanyak 38% dan jumlah AIDS sebanyak 36%.

Berdasarkan kelompok umur, presentase jumlah kasus HIV/AIDS menurut data SIHA pada tahun 2010-2017 yaitu pada usis 25-49 tahun dengan jumlah HIV/AIDS paling banyak setiap tahunnya dibandingkan kelompok umur lainnya. Sedangkan pada tahun 2019 banyak terjadi pada kelompok umur 25-49 tahun (71,1%), di ikuti kelompok umur 20-24 tahun (14,4%) dan kelompok umur ≥ 50 tahun (9%) (Kemenkes 2018).

Penyebaran HIV AIDS di Indonesia saat ini semakin memprihatinkan sehingga dapat memerlukan perhatian dari lintas sektor. Berdasarkan laporan Kementerian Kesehatan RI Triwulan II tahun 2019 secara kumulatif terdapat 117.064 kasus AIDS dan 349.882 kasus HIV positif. Faktor risiko penularan HIV terbanyak yaitu melalui hubungan seks berisiko pada heteroseksual (70.2%), pengguna jarum suntik atau penasun (8.2 %), homoseksual (7%), dan penularan melalui perinatal (2.9%). (BKKBN/XII/2019)

Penyebaran HIV saat ini tidak hanya menyerang pada orang berperilaku risiko tinggi, melainkan juga kepada ibu rumah tangga dengan jumlah yaitu (16.844 orang) yang aktifitasnya banyak dirumah mengurus anak, tertular oleh suami mereka sendiri yang melakukan hubungan seksual tidak aman atau memakai jarum suntik yang tidak steril. Penularan pada ibu rumah tangga disebabkan karena ketidakmampuan istri mengontrol perilaku seksual pada suaminya sehingga pada saat mereka melakukan hubungan seksual, berbagai alasan istri tidak berani untuk meminta suaminya menggunakan alat pelindung (kondom) meskipun suami memiliki resiko tinggi dalam penularan HIV/AIDS. Berbeda dengan PSK, mereka lebih banyak yang menyadari tentang penularan HIV/AIDS. Sehingga mereka memiliki keinginan yang tinggi untuk memaksa pelanggannya memakai pelindung (Kondom). Ironisnya lagi ketika istri kemudian hamil dan menularkan virus pada bayinya. Hal ini menjadi salah satu penyebab akan meningkatnya kasus HIV di Indonesia. Meningkatnya jumlah kasus HIV di kalangan ibu rumah tangga salah satunya akibat kurangnya pengetahuan mereka tentang pencegahan dan faktor penyebab penularan HIV AIDS, Widwiono . (BKKBN/XII/2019).

Reaksi yang terjadi pada wanita yang terinfeksi HIV sangatlah berbeda jika dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini akan lebih memperberat kondisi psikis mereka ketika mereka tahu bahwa mereka terkena penyakit HIV/AIDS. Wanita yang terinfeksi HIV akan mengalami depresi, kecemasan, dan perasaannya mudah terluka. Timbulnya permasalahan tersebut yang terjadi pada ODHA menurut Wahyu. Taupik & Asmidirlyas (2012) yaitu masalah

fisik maupun psikologis. Penyebab tekanan psikologis inilah yang bisa meningkatkan depresi pada ODHA (Brandt, Gonzalez, Grover & Zvolensky, 2013). Penyakit HIV tidak hanya berdampak pada kondisi fisik juga, tetapi sangat mempengaruhi kondisi psikiatri seseorang yang menderitanya.

Depresi merupakan gangguan mental terbesar yang sering dialami oleh pasien dengan penyakit terminal atau kronik (Mello, Seurado & Malbergier, 2010). Depresi yang dialami oleh ODHA akan menimbulkan adanya keputusasaan, kekesalan, atau ketidakberdayaan. Seorang istri yang depresi yang terinfeksi HIV juga dapat diperparah dari infeksi virus yang berasal dari suaminya, ia tidak mengetahui atau bahkan tidak menyangka bahwa suaminya terinfeksi HIV. Apabila penyakit depresi tidak dapat diselesaikan, maka akan timbul munculnya penyelesaian atau strategi coping yang maladaptive seperti bunuh diri. Menurut WHO di tahun 2010 menyebutkan angka bunuh diri di Indonesia mencapai 1,6% sampai 1,8% per 100.000 jiwa. (KemenkesRI 2019). Sekitar 20% terjadi pada wanita dan 12% pada pria (Keliat, Wiyono & Susanti, 2011).

Depresi yang tidak dapat diselesaikan dengan baik akan menurunkan sistem imunitas penderita HIV (Nursalam dan Kurniawati, 2011 ; Alemu, Mariam, Tsui, Ahmed, Shewamare, 2011). Pada sistem kekebalan tubuh seluler, sel T (CD4) yang masih belum terinfeksi HIV dapat menghasilkan interleukin (IL)-2 untuk mengaktifasi sel NK (Natural Killer Cell). Sel NK merupakan sel limfoid yang dapat menghancurkan sel yang mengandung virus. Pada sistem kekebalan humoral, IL-2 yang terbentuk mengaktifasi sel NK, Ig-A dan

menghasilkan sel B membuat sel plasma (anti virus) sehingga terjadi apoptosis, merusak sel yang terinfeksi HIV.

Pada penderita HIV/AIDS yang maladaptive tubuh akan meningkatkan kadar kortisol dalam darah sehingga dapat menghambat respon imun seluler dan humoral. Apoptosis tidak akan menyebabkan virus mengalami proliferasi dan terjadi penyebaran dengan cepat. Beberapa penelitian mengatakan gangguan fungsi imun seseorang yang disebabkan karena gangguan kecemasan dapat dibuktikan dengan menurunnya jumlah leukosit, gangguan respon imun dan menurunnya sel NK (Kusuma, 2011; MunozMoreno, 2012). Apabila penderita mengalami depresi maka mempercepat terjadinya AIDS dan meningkatkan kematian (Nursalam dan Kurniawati, 2011). Selain itu juga keadaan depresi yang dialami oleh penderita HIV dapat mempengaruhi ketidak patuhannya terhadap pengobatan (Carter, 2011). Yang terinfeksi HIV/AIDS ada pengobatan yang mencakup dua sisi, yaitu medis dan psikologis.

Pengobatan tidak berfungsi untuk menyembuhkan, tetapi untuk mempertahankan kualitas hidup yang lebih baik lagi. Perawatan non-medis (terapi penunjang), seperti terapi konseling atau psikologis lainnya, membutuhkan dukungan psikologis dari anggota keluarga, teman dan para relawan yang sangat dibutuhkan pada masa (periode tanpa gejala).

Pada wanita depresi yang terinfeksi HIV sangatlah penting diberikan terapi untuk membantu para wanita tersebut dalam mempertahankan kondisinya, di mana kesehatan baik fisik maupun psikologis pada mereka

sangat berpotensi untuk mengalami gangguan. Terapi Non farmakologi ini akan membantu untuk mengurangi gejala-gejala yang mengarah pada depresi, sehingga mereka tetap dapat menjalani tugasnya sebagai ibu rumah tangga serta membantu perekonomian keluarganya atau bahkan menjadi tulang punggung dari keluarganya. Kondisi tersebut didukung dengan kenyataan di lapangan, di mana jumlah wanita yang terinfeksi HIV dari suaminya terus meningkat, tetapi belum diimbangi dengan penanganan yang optimal yang dapat membantu wanita tersebut dalam menjalani tugas-tugasnya setelah terjadi “perubahan” pada mereka. Penanganan depresi pada wanita tidak cukup hanya dengan menggunakan terapi farmakologi. Mereka dapat menemukan kembali beberapa faktor fisik yang dapat mengakibatkan depresi serta keluhan fisik yang dapat bertahan di dalam tubuh wanita tersebut dalam waktu yang lama sehingga dibutuhkan proses healing yang juga panjang. Oleh sebab itu, perlu adanya terapi Non farmakologi yang dapat membantu mereka dalam menghadapi masalah yang mereka hadapi seperti konseling atau peer group. Selain itu juga, dengan memberikan psikoterapi akan dapat membantu mereka dalam proses healing.

Mereka mengalami kecemasan berulang dan rasa pesimis sehat kembali lagi, kondisi tersebut menjadi tahapan berat sehingga seringkali memunculkan depresi bahkan keinginan untuk bunuh diri secara perlahan (Rahmawati, 2015; Irnawati, 2016). Oleh sebab itu dibutuhkan intervensi psikologis berkaitan dengan penerimaan diri pada ODHA sebagai langkah preventif untuk mencegah depresi yang sering dialami penderita dan mencegah munculnya gangguan

mental yang lebih berat, salah satunya dengan terapi pendekatan kognitif-perilaku (Cognitive-Behavior Therapy/ CBT), terapi pengaruh relaksasi lima jari dan terapi SEFT (Spiritual Emotional Freedom Technique).

Berdasarkan fenomena dari latar belakang diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai pemahaman tentang intervensi depresi pada pasien HIV. Selanjutnya dengan data penunjang beberapa literature maka peneliti tertarik melakukan penelitian dengan menggunakan Literatur Review : Intervensi Depresi Pada Pasien HIV.

1.2 Rumusann masalah

Bagaimanakah Intervensi Depresi Pada Pasien HIV?

1.3 Tujuan

Untuk mengetahui Intervensi Depresi Pada Pasien HIV melalui studi literature.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan kontribusi dalam kemajuan ilmu pengetahuan kesehatan khususnya dibidang keperawatan medical bedah dan jiwa.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Universitas

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi sumber informasi dan sebagai referensi bagi peserta didik di institusi pendidikan Universitas Bhakti Kencana Bandung mengenai Literatur Review Intervensi Depresi Pada HIV.

2. Bagi peneliti

Menjadi bahan proses bagi peneliti, dapat dijadikan referensi pada penelitian berikutnya yang ada hubungannya dengan penelitian ini dan dapat menambah kepustakaan dalam pengetahuan ilmu keperawatan.

3. Peneliti selanjutnya

Dapat dijadikan sebagai data dasar dan referensi bagi penelitian terkait dengan Intervensi Depresi Pada Pasien HIV.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep HIV/AIDS

2.1.1 Definisi HIV/AIDS

HIV (Human Immunodeficiency Virus) merupakan pathogen yang menyerang sistem imun manusia, terutama semua sel yang memiliki penanda CD4+ dipermukaannya seperti makrofag dan limfosit T. AIDS (acquired Immunodeficiency Syndrome) adalah suatu kondisi immunosupresif yang berkaitan erat dengan berbagai infeksi oportunistik, neoplasma sekunder, serta manifestasi neurologic tertentu akibat infeksi HIV (Kapita Selekt, 2014).

HIV (Human Immunodeficiency Virus) yaitu suatu retrovirus yang terdiri atas untai tunggal RNA virus yang masuk ke dalam inti sel pejamu dan ditranskripsikan kedalam DNA pejamu ketika menginfeksi pejamu. AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) adalah suatu penyakit virus yang menyebabkan kolapsnya sistem imun disebabkan oleh infeksi immunodefisiensi manusia (HIV), dan kebanyakan penderita akan meninggal dalam 10 tahun setelah diagnosis (Corwin, 2009). AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) atau kumpulan berbagai gejala penyakit akibat turunnya kekebalan tubuh individu akibat HIV (Hasdianah dkk, 2014).

2.1.2 Etiologi

Penyebab imun pada AIDS adalah agen viral yang disebut HIV yang dikenal retrovirus atau disebut juga Lympadenopathy Associated Virus (LAV) atau Human T-Cell Leukimia Virus (HTL-III) atau Human T-Cell Lympantropic Virus (retrovirus). Retrovirus berubah asam rebonukleatnya (RNA) menjadi asam deoksiribunokleat (DNA) setelah masuk kedalam sel pejamu (Nurrarif & Hardhi, 2015).

Penyebab Human Immunodeficiency Virus (HIV). Transmisi infeksi HIV dan AIDS terdiri dari lima fase yaitu:

- a. Periode jendela: bisa 4 minggu sampai 6 bulan lamanya setelah infeksi. Tidak ada gejala.
- b. Fase infeksi HIV primer akut: 1 – 2 minggu dengan gejala flu like illness.
- c. Infeksi asimtomatik: 1 – 15 tahun lebih dengan gejala tidak ada
- d. Supresi imun simtomatik: diatas 3 tahun dengan gejala demam, keringat malam hari, berat badan menurun, diare, neuropati, lemah, rash, limfadenopati, lesi mulut.
- e. AIDS: bervariasi antara 1 – 5 tahun dari kondisi AIDS pertama kali ditegakkan. Didapatkan juga infeksi oportunistik berat dan tumor pada berbagai sistem tubuh, dan manifestasi neurologis.

2.1.3 Klasifikasi

a. Fase 1

Umur infeksi 1 – 6 bulan (sejak terinfeksi HIV) penderita sudah terinfeksi. Tetapi ciri – ciri terinfeksi belum terlihat meskipun telah melakukan tes darah. Pada fase ini antibody terhadap HIV belum terbentuk. Mengalami gejala – gejala ringan, seperti flu (biasanya 2 – 3 hari dan sembuh sendiri).

b. Fase 2

Umur infeksi 2 – 10 tahun setelah terinfeksi HIV. Pada fase kedua ini seseorang sudah positif HIV dan belum ada gejala sakit. Tetapi sudah dapat menularkan pada orang lain. Mengalami gejala – gejala ringan, seperti flu (biasanya 2 – 3 hari dan sembuh sendiri).

c. Fase 3

Mulai muncul gejala awal penyakit, tetapi belum disebut gejala AIDS. Gejala yang akan muncul seperti keringat yang berlebihan pada malam hari, diare terus menerus, pembengkakan kelenjar getah bening, flu yang tidak sembuh – sembuh, nafsu makan berkurang serta berat badan menurun. Pada fase ketiga ini sistem kekebalan tubuh mulai berkurang.

d. Fase 4

Sudah masuk fase AIDS. Dapat terdiagnosa apabila kekebalan tubuh sangat berkurang dilihat dari jumlah sel T nya. Timbulah penyakit tertentu yang disebut dengan infeksi oportunistik yaitu TBC, infeksi paru – paru

yang menyebabkan radang paru – paru dan akan kesulitan bernafas, kanker, khususnya sariawan, kanker kulit atau sarcoma kaposi, diare parah berminggu – minggu karena terjadi infeksi pada usus, dan infeksi otak yang menyebabkan kekacauan mental dan sakit kepala (Hasdianah & Dewi, 2014).

2.1.4 Kelompok Resiko

Menurut UNAIDS (2017), kelompok risiko yang tertular HIV/AIDS sebagai berikut:

- a. Pengguna napza suntik: Seseorang yang sering menggunakan jarum secara bergantian
- b. Pekerja seks : Kurangnya pendidikan dan peluang untuk kehidupan yang layak pada peria seks.
- c. Gay : Lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki
- d. Pelaut dan pekerja di sektor transportasi
- e. Pekerja boro (migrant worker): yang melakukan hubungan seksual berisiko seperti hubungan seksual dengan orang yang terinfeksi HIV tanpa pelindung, mendatangi lokalisasi/komplek PSK dan membeli seks (Ernawati, 2016).

AIDS dapat menyerang semua golongan umur, termasuk bayi, laki-laki, maupun perempuan. Yang termasuk kelompok resiko tinggi yaitu:

- a. Lelaki homoseksual atau biseks
- b. Bayi yang terinfeksi dari ibu atau bapanya

- c. Orang yang ketagihan menggunakan obat intravena
- d. Teman seks dari penderita AIDS
- e. Penerima darah (transfusi) (Susanto & Made Ari, 2013).

2.1.5 Patofisiologi

Pada orang dewasa, masuknya infeksi HIV sekitar 3 bulan. Jumlah sel limfosit CD 4+ akan terus menurun. Jarak terkena infeksi HIV dan timbulnya gejala klinis pada AIDS antara 5 – 10 tahun. Terjadinya Infeksi HIV primer, menimbulkan gejala infeksi akut yang spesifik, seperti demam, sakit kepala, dan nyeri tenggorokan, limfadenopati, dan ruam kulit. Pada fase inilah terjadi penurunan jumlah sel limfosit CD 4+ selama bertahun – tahun sehingga terjadi manifestasi klinis AIDS akibat defisiensi imun (seperti infeksi oportunistik). Ada juga manifestasi klinis yang timbul akibat reaksi autoimun, reaksi hipersensitivitas, dan potensi keganasan (Kapita Selekta, 2014).

Sel T dan makrofag serta sel dendritic atau langerhans (sel imun) yaitu sel-sel yang terinfeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) yang berkonsentrasi dikelenjar limfe, limpa dan sumsum tulang. Sistem imun seluler akan makin lemah secara progresif dan akan menurunnya jumlah sel T4. Diikuti berkurangnya fungsi sel B dan makrofag dan fungsi sel T penolong (Susanto & Made Ari, 2013).

Seseorang yang terkena infeksi HIV tidak dapat menimbulkan gejala (asimtomatik) selama bertahun – tahun. Jumlah sel T4 dapat berkurang dari sekitar 1000 sel per ml darah sebelum infeksi mencapai sekitar 200 – 300 per ml darah, 2 – 3 tahun setelah infeksi. Sewaktu sel T4 mencapai kadar ini, gejala – gejala infeksi (herpes zoster dan jamur oportunistik) (Susanto & Made Ari, 2013).

2.1.6 Manifestasi Klinis

Penderita yang terinfeksi HIV dapat dikelompokkan menjadi 4 golongan, yaitu:

- a. Penderita asimtomatik atau tanpa gejala yang terjadi pada masa inkubasi antara 7 bulan sampai 7 tahun.
- b. Persistent generalized lymphadenopathy (PGL) dengan gejala limfadenopati umum.
- c. AIDS Related Complex (ARC) dengan gejala seperti lelah, demam, dan gangguan sistem imun atau kekebalan tubuh.
- d. Full Blown AIDS merupakan fase akhir AIDS dengan gejala klinis yang berat seperti diare kronis, pneumonitis interstisial, hepatomegali, splenomegali, dan kandidiasis oral yang disebabkan oleh infeksi oportunistik dan neoplasia contohnya sarcoma kaposi. Akibat komplikasi penyakit infeksi sekunder ini penderita akan meninggal dunia. (Soedarto, 2009).

Ada beberapa stadium klinis yang terinfeksi HIV/AIDS pada remaja dan dewasa menurut WHO yaitu :

- a) Stadium 1 (asimtomatis)
 - 1) Asimtomatis
 - 2) Limfadenopati generalisata
- b) Stadium 2 (ringan)
 - 1) Menurunnya berat badan mencapai $< 10\%$
 - 2) Manifestasi mukokutaneus minor: dermatitis seboroik, prurigo, onikomikosis, ulkus oral rekuren, keilitis angularis, erupsi popular pruritik
 - 3) Infeksi herpes zoster dalam rentang 5 tahun terakhir
 - 4) Infeksi saluran napas atas berulang seperti: sinusitis, tonsillitis, faringitis, otitis media.
- c) Stadium 3 (lanjut)
 - 1) Penurunan berat badan $> 10\%$
 - 2) Diare tanpa sebab jelas > 1 bulan
 - 3) Demam terus menerus (suhu $> 36,7^{\circ}\text{C}$, intermiten/konstan) > 1 bulan
 - 4) Kandidiasis oral persisten
 - 5) Oral hairy leukoplakia
 - 6) TBC paru
 - 7) Infeksi bakteri berat seperti: pneumonia, piomiositis, empiema, infeksi tulang/sendi, meningitis, bakteremia
 - 8) Stomatitis/gingivitis/periodonitis ulseratif nekrotik akut

9) Hasil Anemia (Hb < 8 g/dL) tanpa sebab yang jelas, neutropenia (< $0,5 \times 10^9/L$), dan trombositopenia kronis (< $50 \times 10^9/L$).

d) Stadium 4 (berat)

- 1) HIV wasting syndrome
- 2) Pneumonia akibat pneumocystis carinii
- 3) Pneumonia bakterial berat rekuren
- 4) Toksoplasmosis serebral
- 5) Kriptosporidiosis dengan diare > 1 bulan
- 6) Sitomegalovirus pada orang selain hati, limpa atau kelenjar getah bening
- 7) Infeksi herpes simpleks mukokutan (> 1 bulan) atau visceral
- 8) Leukoensefalopati multifokal progresif
- 9) Mikosis endemic disseminata
- 10) Kandidiasis esofagus, trakea, atau bronkus
- 11) Mikobakteriosis atipik, disseminata atau paru
- 12) Septicemia Salmonella non-tifoid yang bersifat rekuren
- 13) Tuberculosis ekstrapulmonal
- 14) Limfoma atau tumor pada HIV seperti: Sarkoma Kaposi, ensefalopati HIV, kriptokokosis ekstrapulmoner termasuk meningitis, isosporiasis kronik, karsinoma serviks invasive, leismaniasis atipik disseminata.

15) Nefropati terkait HIV simtomatis atau kardiomiopati terkait HIV simtomatis (Kapita Selekta, 2014).

2.1.7 Komplikasi

- a. Oral lesi Karena kandidiasis, herpes simplek, sarcoma Kaposi, HPV oral, gingivitis, peridontitis Human Immunodeficiency Virus (HIV), leukoplakia oral, nutrisi, dehidrasi, penurunan berat badan, keletihan dan cacat.
- b. Neurologik
 - 1) Kompleks dimensia AIDS karena serangan langsung HIV (Human Immunodeficiency Virus) pada sel saraf, akan menimbulkan perubahan kepribadian, kerusakan kemampuan motorik, kelemahan, disfasia, dan isolasi sosial.
 - 2) Ensefalopathy akut, karena reaksi terapeutik, hipoksia, hipoglikemia, ketidakseimbangan elektrolit, meningitis atau ensefalitis. Akan menimbulkan seperti: sakit kepala, malaise, demam, paralise total atau parsial.
 - 3) Infark serebral kornea sifilis menin govaskuler, hipotensi sistemik, dan mekanik endokarditis.
 - 4) Neuropati karena inflamasi diemilnasi oleh serangan HIV.
- c. Gastrointertinal
 - 1) Terjadinya diare dapat disebabkan oleh bakteri dan virus, bertumbuh cepat flora normal, limpoma, dan sarcoma Kaposi. Akan terjadinya penurunan berat badan, anoreksia, demam, malabsorpsi dan dehidrasi

- 2) Penyakit hepatitis juga disebabkan oleh bakteri dan virus, limfoma, sarcoma Kaposi, obat ilegal, alkoholik. Menimbulkan gejala anoreksia, mual dan muntah, nyeri abdomen, ikterik, demam atritis.
 - 3) Akibat terjadinya infeksi Penyakit anorektal karena abses dan fistula, ulkus dan inflamasi perianal, efek inflamasi ini sulit dan rasa sakit, nyeri rectal, gatal-gatal dan diare.
- d. Pneumocystic Carinii, cytomegalovirus, virus influenza, pneumococcus dan strongyloides karena adanya infeksi respirasi, dan akan menimbulkan sesak nafas pendek, batuk, nyeri, hipoksia, keletihan, dan gagal nafas.
- e. Sensorik
- 1) Pandangan: yang akan berefek kebutaan pada Sarcoma Kaposi di konjungtiva
 - 2) Pendengaran: akan kehilangan pendengaran dan menimbulkan efek nyeri pada Otitis eksternal akut dan otitis media (Susanto & Made Ari, 2013).

2.1.8 Faktor Resiko Dan Cara Penularan

HIV berada terutama didalam cairan tubuh manusia. Cairan yang berpotensi mengandung virus HIV yaitu darah, cairan sperma, cairan vagina, dan air susu ibu. Sehingga, penularan dapat terjadi melalui cairan

tubuh seorang pengidap HIV tersebut dalam jumlah yang cukup untuk menginfeksi orang lain. HIV juga ditularkan melalui tiga jalur, yaitu:

- a) Melalui hubungan seksual yang tidak aman (heteroseksual atau homoseksual),
- b) Melalui penerimaan darah atau produk darah dari transfusi darah (saat ini sudah jarang karena donor darah sebelumnya telah melalui skrining), penggunaan narkoba suntik atau Injecting Drug User (IDU), alat medis, dan alat tusuk lain (tato, tindik, akupuntur, pisau cukur, dan lain-lain) yang sudah tercemar HIV, penerimaan organ, atau air mani,
- c) Melalui ibu yang sudah terinfeksi HIV kepada janin di kandungannya atau bayi yang disusunya.

Sedangkan melalui cairan tubuh yang lain, seperti air mata, keringat, air liur, air seni, dan lain-lain, tidak dapat menularkan HIV. Sampai saat ini juga belum terbukti penularan melalui, minuman, makanan, batuk atau bersin, merawat pasien, atau kontak langsung (seperti bersalaman, bersentuhan, berpelukan) dalam keluarga, sekolah, kolam renang, WC umum, atau tempat kerja dengan penderita AIDS.

2.1.9 Pencegahan

Upaya pencegahan HIV/AIDS dapat berjalan efektif apabila adanya komitmen masyarakat dan pemerintah untuk mencegah atau mengurangi perilaku risiko tinggi terhadap penularan HIV. Ada beberapa upaya pencegahan HIV/AIDS yang dapat dilakukan yaitu:

- a. Tidak melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan atau bisa juga hanya berhubungan seks dengan satu orang saja yang diketahui tidak terinfeksi HIV.
- b. Menggunakan kondom saat melakukan hubungan seksual, penggunaan kondom yang benar saat melakukan hubungan seks baik secara vaginal, anal dan oral dapat melindungi terhadap penyebaran infeksi menular seksual. Fakta menunjukkan bahwa penggunaan kondom lateks pada laki-laki memberikan perlindungan yang lebih besar terhadap penyebaran infeksi menular seksual lainnya sebanyak 5%.
- c. Menyediakan fasilitas konseling dan tes HIV sukarela. Konseling dan tes ini sangat disarankan untuk semua orang yang terkena salah satu factor sehingga mereka mengetahui status infeksi serta dapat melakukan pencegahan dan pengobatan dini.
- d. Melakukan sunat bagi laki-laki, sunat pada laki-laki yang dilakukan oleh profesional kesehatan terlatih dan sesuai dengan aturan medis dapat mengurangi risiko infeksi HIV melalui hubungan heteroseksual sekitar 60%.
- e. Menggunakan Antiretroviral (ARV), sebuah percobaan yang dilakukan pada tahun 2011 telah mengkonfirmasi bahwa orang HIV positif yang telah mematuhi pengobatan ARV, dapat mengurangi risiko penularan HIV kepada pasangan seksual HIV negatif sebesar 96%.
- f. Pengurangan dampak buruk bagi pengguna narkoba suntik ini dapat melakukan pencegahan terhadap infeksi HIV dengan menggunakan alat

suntik steril untuk setiap injeksi atau tidak berbagi jarum suntik kepada pengguna lainnya.

- g. Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak selama kehamilan, persalinan dan menyusui yaitu dengan pemberian ARV untuk ibu dan bayi selama kehamilan, persalinan dan pasca persalinan serta memberikan pengobatan untuk wanita hamil dengan HIV positif.
- h. Melakukan tindakan kewaspadaan universal bagi petugas kesehatan, petugas kesehatan ini harus berhati-hati dalam menangani pasien, harus menggunakan APD jika sedang melakukan tindakan dan jika akan membuang jarum suntik agar tidak tertusuk (Najmah, 2016).

2.1.10 Diagnosis

Untuk menegakkan metode umum diagnosis pada HIV yaitu :

- a. ELISA (Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay) Sensitivnya sangat tinggi yaitu sebesar 98,1-100%. Dan biasanya hasil tes ini memberikan hasil positif selama 2-3 bulan setelah infeksi.
- b. Western blot Spesifikasinya tinggi yaitu 99,6-100%.
Tes pada Western blot ini cukup sulit, mahal, dan membutuhkan waktu sekitar 24 jam.
- c. PCR (Polymerase Chain Reaction) Tes ini digunakan untuk:
 - 1) Tes HIV pada bayi dapat menghambat pemeriksaan karena ada zat antimaternal pada bayi.
 - 2) Pada seseorang yang terkena infeksi akan Menetapkan individu pada kelompok yang beresiko tinggi

- 3) Dilakukan Tes pada kelompok tinggi sebelum terjadi serokonversi.
- 4) Konfirmasi Tes ELISA untuk HIV-2, karena mempunyai sensitivitas rendah (Widoyono, 2014).

2.1.11 Masalah yang dialami ODHA

Menurut Nurbani (2013) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa permasalahan yang dialami oleh ODHA yaitu permasalahan psikologis, permasalahan sosial, maupun permasalahan biologis.

a. Permasalahan Psikologis

Permasalahan psikologis yang timbul seperti depresi, ansietas, gangguan kognitif, gangguan psikosis, hingga gangguan kepribadian, merasa dirinya tidak berguna, takut, sedih, tidak ada harapan lagi, dan merasa putus asa.

b. Permasalahan Sosial

Permasalahan sosial yang sering muncul pada ODHA yaitu seperti bentuk diskriminasi, stigmatisasi, perceraian, pemberhentian dari pekerjaan, beban finansial yang harus ditanggung oleh ODHA serta dijauhi oleh kerabat dekat.

c. Permasalahan Biologis

Permasalah Biologis yang dialami ODHA yaitu berupa infeksi oportunistik gejala simptomatik yang berhubungan dengan AIDS , efek samping dari obat ARV, serta sindrom pemulihan kekebalan tubuh.

2.2 Konsep Depresi

2.2.1 Definisi Depresi

Depresi merupakan gangguan jiwa yang ditandai adanya kesedihan berkepanjangan, motivasi menurun, dan kurang tenaga untuk melakukan kegiatan sehari-hari (Keliat, dkk 2011). Menurut WHO, depresi juga merupakan gangguan mental yang ditandai dengan munculnya gejala penurunan mood, kehilangan minat terhadap sesuatu, perasaan bersalah, gangguan tidur atau nafsu makan, kehilangan energi, dan penurunan konsentrasi (Public and Concern, 2012).

Depresi juga dapat diartikan sebagai salah satu bentuk gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan sedih yang berlebihan, murung, tidak bersemangat, perasaan tidak berharga, merasa kosong, putus harapan, selalu merasa dirinya gagal, tidak berminat pada ADL sampai muncul keinginan untuk bunuh diri (Yosep, 2014).

Dr. Jonatan Trisna (dalam N. L. Lubis, 2016) menyimpulkan bahwa depresi yaitu suatu perasaan sendu atau sedih yang biasanya disertai dengan di perlambatnya gerak dan fungsi tubuh. Mulai dari perasaan murung sedikit sampai pada keadaan tak berdaya. Depresi adalah gangguan perasaan (afek) yang ditandai dengan afek disforik (kehilangan kegembiraan/gairah) dan adapun gejala-gejala lain, seperti gangguan tidur dan menurunnya selera makan.

2.2.2 Penatalaksanaan Depresi

Psikoanalitik psikoterapi fokus pada konflik yang baru terjadi dan dinamika pada pasien, menganalisis problem dengan orang lain atau diri sendiri.

1. Psikotik yang berorientasi insight

Insight merupakan pemahaman pesan terhadap fungsi psikologis dan kepribadiannya. Pasien diajak memahami kondisi maladaptifnya yang mengubah perasaan, respon, perilaku dan hubungan interpersonal menjadi lebih adaptif.

2. Psikotik suportif

Yaitu dukungan orang figure autory (terapis) dengan bersifat hangat, bersahabat, membimbing, memuaskan kebutuhan dependensi pesan, mendukung kemampuan independensi, mengembangkan hobi dan kesenangan yang positif, dan memberi nasehat.

3. Psikoterapi Kelompok

Klien membuat sebuah kelompok yang terdiri dari satu kelompok minimal 3 orang, maksimal 15 orang, rata-rata 8-10 orang. Pasien menyampaikan kemampuan adaptasi dan mekanisme defensi pada kelompok yang kemudian akan dibahas dan pasien bisa intropeksi kemudian bisa mengubah kondisi maladaptif. Disini terapis tidak boleh intervensi dalam dinamika kelompok, hanya memfasilitasi terjadinya interaksi.

4. Latihan Relaksasi

Latihan ini banyak digunakan pada kasus keluhan fisik dengan frekuensi denyut jantung menurun, tekanan darah menurun, neuromuscular stabil seperti yoga, hypnosis, relaksasi dengan bimbingan suara (langsung, tape). Mental imagery pasien diajak relaksasi dengan membayangkan dirinya pada suatu tempat yang menyenangkan.

5. Terapi Perilaku

Kejang-kejang terapi untuk mengatasi depresi dengan menurunkan pola tingkah laku maladaptif (misalnya kecenderungan memandang diri selalu kalah), memperhatikan dan mengenali perilaku maladaptif pendalaman atau meningkatkan 26 daya obyektivitas terhadap perilaku maladaptif. Menetralkan pikiran depresi dengan menyatakan bahwa pikiran itu khayal atau palsu. (Buku, Baiq Nurainun Apriani idris) Pustaka Bangsa (Anggota IKAPI).

2.2.3 Faktor Resiko Depresi

Menurut Lubis (2016) ada beberapa faktor risiko depresi sebagai berikut:

a. Faktor Fisiologis

1) Faktor Genetik

Adanya riwayat keturunan penderita depresi berat di dalam keluarganya akan memperbesar risiko seseorang menderita gangguan depresi.

2) Susunan Kimia Otak dan Tubuh

Ketidakseimbangan bahan kimia di otak dan tubuh dapat mengendalikan emosi kita. Pada pasien depresi ditemukan adanya perubahan kadar neurotransmitter di otaknya. Perubahan bahan kimia ini sering kali disebabkan oleh kebiasaan mengonsumsi alcohol, obat-obatan dan merokok.

3) Faktor Usia

Berbagai penelitian menyampaikan bahwa golongan usia muda yaitu remaja dan orang dewasa lebih banyak terkena depresi. Namun sekarang ini usia rata-rata penderita depresi semakin menurun yang menunjukkan bahwa remaja dan anak-anak semakin banyak terkena depresi.

4) Jenis Kelamin

Wanita dua kali lebih sering terdiagnosis menderita depresi daripada pria. Bukan berarti wanita lebih mudah terserang depresi karena wanita sering mengaku adanya depresi daripada pria dan dokter lebih mengenali depresi pada wanita.

5) Gaya Hidup

Gaya hidup yang tidak sehat juga dapat mengakibatkan depresi. Tubuh yang tidak sehat biasanya dipengaruhi oleh faktor makan yang tidak baik, tubuh kurang tidur, kurang olahraga dan kurang nutrisi dapat mengakibatkan depresi. Gaya hidup yang tidak sehat

juga dapat memicu timbulnya penyakit seperti diabetes melitus yang mengakibatkan depresi.

6) Obat-obatan terlarang

Sistem saraf di otak akan dipengaruhi fungsinya ketika mengonsumsi obat-obatan terlarang dan akan menimbulkan ketergantungan.

7) Kurangnya cahaya matahari

Penderita seasonal affective disorder akan merasa lebih baik saat tubuhnya terkena cahaya matahari. Ketika berada dibawah sinar matahari seketika mereka merasa nyaman. Namun saat musim dingin tiba mereka merasa depresi.

b. Faktor Psikologis

Faktor psikologis yang dapat menimbulkan seseorang terkena depresi yaitu:

1) Kepribadian

Aspek kepribadian sangat mempengaruhi derajat depresi yang dialami. Konsep diri, pola pikir, penyesuaian diri dan kepribadian semua hal tersebut mempengaruhi derajat depresi.

2) Pola Pikir

Seseorang yang memiliki pola pikir yang negatif akan rentan terkena depresi.

3) Harga Diri

Harga diri rendah akan mempengaruhi kondisi psikologis seseorang. Ketika seseorang merasa harga dirinya rendah maka akan menimbulkan stress kemudian depresi.

4) Stress

Stress berat dapat mengakibatkan depresi. Reaksi stress yang berkepanjangan akan berdampak besar terhadap kondisi psikologis seseorang.

5) Lingkungan Keluarga

Seseorang yang akan mengalami depresi diakibatkan oleh kehilangan orang tua ketika masih anak-anak, dan kurangnya kasih sayang dari orang tua ketika masih kecil, dan penyiksaan fisik dan seksual .

6) Penyakit jangka panjang

Penyakit yang diderita dalam jangka waktu yang panjang dapat mengakibatkan depresi karena pasien akan merasa tidak nyaman, ketergantungan, ketidakamanan dan perasaan tidak berguna.

2.2.4 Gejala Depresi

Menurut PPDGJ 3, ada beberapa gejala utama dan gejala yang lainnya yang harus diperhatikan dalam mendiagnosa seseorang yang mengalami depresi.

A. Gejala utama depresi yaitu:

1. Afek depresif.
2. Kehilangan minat dan kegembiraan.
3. Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) menurunnya aktivitas.

B. Gejala lainnya depresi yaitu:

1. Konsentrasi dan perhatian berkurang.
2. Harga diri dan kepercayaan diri berkurang.
3. Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna.
4. Pandangan masa depan suram dan pesimistis.
5. Gagasan atau perbuatan yang membahayakan diri atau bunuh diri.
6. Tidur terganggu.
7. Nafsu makan berkurang.

2.2.5 Depresi pada pasien HIV/AIDS

Perjalanan penyakit HIV/AIDS yang progresif dan berakhir dengan kematian, serta penyebaran yang cepat, adanya stigma dan diskriminasi terhadap penderita akan menimbulkan keadaan stres dan gangguan psikiatrik pada penderita HIV/AIDS. Sitorus & Afiyanti (2007) mengungkapkan bahwa pada saat pertama kali ODHA terdiagnosis HIV/AIDS, mereka akan mengalami stress dan berduka. Apabila kondisi tersebut berlangsung dalam jangka waktu lama, maka dapat menimbulkan depresi yang mengarah pada kehampaan hidup serta mengembangkan

hidup tidak bermakna. Berbagai gangguan psikiatrik yang sering mengalami penyakit HIV/AIDS antara lain depresi, ansietas, post traumatic stress disorder (PTSD), dan lain-lain.

Salah satu masalah emosional terbesar yang dihadapi oleh ODHA adalah depresi. Depresi dan bunuh diri merupakan sindrom psikiatrik yang sering ditemukan pada sebagian besar ODHA. Penelitian menunjukkan bahwa prevalensi gangguan psikiatrik pada orang yang hidup dengan HIV/AIDS adalah antara 30% - 60%. Schulte (2000) dalam penelitiannya pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan dirumah sakit, menemukan bahwa 40% pasien HIV/AIDS mengalami depresi. Sedangkan, kasus depresi pada ODHA ini diperkirakan memiliki frekuensi mencapai 60% dari total kasus depresi yang ada (David & Brian,2000). Angka ini lebih tinggi dari prevalensi depresi yang ada pada masyarakat umum, yaitu sekitar 5-10 % dari total kasus depresi.

Depresi yang timbul pada pasien HIV/AIDS juga dapat disebabkan oleh beberapa hal seperti, invasi virus HIV kesusunan saraf pusat (SSP) dimana akan menghasilkan perubahan neuropatologis pada basal ganglia, thalamus, nucleus batang otak yang menyebabkan disfungsi dan akhirnya akan menyebabkan gangguan mood dan motivasi ; efek samping penggunaan obat-obatan ARV seperti efavirenz, interferon, zidovudin ; komplikasi HIV seperti infeksi oportunistik dan tumor cranial ; pengaruh psikologis yang ditimbulkan setelah diketahui bahwa menderita penyakit tersebut, biasanya penderita mengalami reaksi penolakan dari pekerjaan,

keluarga, ataupun masyarakat ; pengobatan seumur hidup dengan berbagai efek samping yang dirasakan dan tidak adanya jaminan kesembuhan akan menimbulkan kebosanan dan frustasi.

Penderita HIV yang mengalami depresi rentan terhadap penyakit dua kali lebih sering dibanding penderita HIV yang tidak mengalami depresi. Keadaan depresi akan menurunkan fungsi imun, fungsi sel-sel “natular killer” dan reaksi limfosit sehingga berkontribusi pada percepatan penurunan jumlah CD4 penderitanya, dengan demikian kemungkinan infeksi oportunistik lebih tinggi. Jika penderitanya juga mengalami depresi maka dapat mempercepat terjadinya AIDS dan meningkatkan kematian.

Depresi akan memperberat perjalanan penyakit HIV/AIDS melalui perubahan perilaku seperti perasaan bersalah, kurangnya minat komunikasi, berkurangnya kepatuhan minum obat serta keinginan untuk bunuh diri dan juga gangguan system imun. Berbagai gejala pada depresi seperti gangguan neurovegetatif (gangguan tidur, nafsu makan berkurang, disfungsi seksual), gangguan kognitif (pelupa, susah berkonsentrasi) juga akan memperberat penyakitnya.

Depresi yang berkelanjutan akan menyebabkan penurunan kondisi secara fisik dan mental, sehingga dapat menyebabkan seseorang malas untuk melakukan aktivitas self care harian secara rutin, akibatnya ODHA tidak patuh terhadap program pengobatan. Apabila ODHA tidak teratur

minum anti retroviral (ARV) dalam jangka waktu yang lama, maka akan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup ODHA.

2.3 Konsep Ibu Rumah Tangga

2.3.1 Definisi Ibu Rumah Tangga

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI, 2005) pengertian ibu rumah tangga adalah seorang ibu yang mengurus keluarga saja. Menurut Joan (Widiastuti, 2009), menjelaskan ibu rumah tangga adalah sebagai wanita yang telah menikah dan menjalankan tanggung jawab mengurus kebutuhan-kebutuhan di rumah. Sedangkan menurut pendapat Walker dan Thompson (Mumtahinnah, 2011) ibu rumah tangga adalah wanita yang telah menikah dan tidak bekerja, menghabiskan sebagian waktunya untuk mengurus rumah tangga dan mau tidak mau setiap hari akan menjumpai suasana yang sama serta tugas-tugas rutin.

2.3.2 Peran Ibu Rumah Tangga

Peran (KBBI, 2005) merupakan suatu karakter yang harus dimainkan oleh seseorang sesuai dengan kedudukan dan status yang dimiliki seseorang, peran seorang ibu rumah tangga merupakan suatu yang harus dimainkan oleh seorang ibu rumah tangga tergantung pada kondisi sosial dan budaya yang dimiliki oleh seseorang. Menurut Kartono (1992), ibu memiliki peranan sebagai berikut:

- a. Peranan sebagai istri, mencakup sikap hidup yang mantap, mampu mendampingi suami dalam semua situasi yang disertai rasa kasih sayang, kecintaan, loyalitas dan kesetiaan pada partner hidupnya.

- b. Peranan sebagai partner seks, mengimplikasi hal sebagai berikut: terdapatnya hubungan hetero-seksual yang memuaskan, tanpa disfungsi (gangguan-gangguan fungsi) seks.
- c. Fungsi sebagai ibu dan pendidik, bila ibu tersebut mampu menciptakan psikis yang baik, maka akan terciptalah suasana rumah tangga menjadi semarak, dan bisa memberikan rasa aman, bebas, hangat, menyenangkan serta penuh kasih sayang.
- d. Peranan wanita sebagai pengatur rumah tangga, dalam hal ini terdapat relasi formal dan pembagian kerja (division of labour), dimana suami bertindak sebagai pencari nafkah, dan istri berfungsi sebagai pengurus rumah tangga. Menurut Mulyawati (Respati, 2013), peran ibu rumah tangga yaitu mengurus rumah tangganya, merawat dan mendidik anaknya. Peran tersebut merupakan kewajiban yang harus dijalani oleh wanita (Respati, 2009). Selain itu juga ibu rumah tangga memiliki peran utama yang dilakukan sesuai dengan fitrah kewanitaan (hamil, menyusui, membina anak, membesarkan anak) merupakan inti aktivitasnya (Latang, 2010).

2.4 Hasil Penelitian

Penelitian kuantitatif eksperimen ini menggunakan desain quasi exsperiment prepost test with control group dengan perlakuan terapi kelompok SE sebagai variabel bebas dan depresi sebagai variabel tergantungnya. Subjek penelitian adalah 22 penderita HIV/AIDS di Klinik

VCT-CST RSUD Blora yang dibagi dalam dua kelompok, 11 orang kelompok eksperimen dan 11 orang lainnya kelompok kontrol.

Pengukuran tingkat depresi menggunakan Beck Depression Inventory (BDI) yang diadaptasi oleh Suwantara, Lubis dan Rusli (Arjadi, 2012). Pengukuran depresi dilakukan tiga kali, yaitu baseline bertujuan memilih subjek penelitian sesuai dengan kriteria yang ditetapkan, pretest dilakukan sebelum terapi dan posttest dilakukan setelah terapi selesai.

Terapi dilaksanakan seminggu sekali selama 5 kali pertemuan. Setiap pertemuan berlangsung 120-300 menit, bertempat di ruang pertemuan KDS RSUD Blora. Metode dalam terapi ini meliputi diskusi, penugasan, relaksasi (progressive relaxation) dan hipnoterapi (direct suggestion, forgiveness therapy, future pacing). Terapi ini dilakukan oleh seorang psikolog yang berpengalaman menangani penderita HIV/AIDS, dibantu dua asisten terapis untuk melakukan observasi dan penilaian kemampuan peserta mengikuti terapi.

Berdasarkan data hasil pengukuran tingkat depresi dengan BDI pada kelompok kontrol dan eksperimen yang dilakukan sebelum eksperimen (baseline dan pretest) dan setelah eksperimen (posttest) diperoleh data sebagai berikut:

Tabel 1. Statistik Deskripsi Skor BDI pada Kelompok Eksperimen dan Kontrol

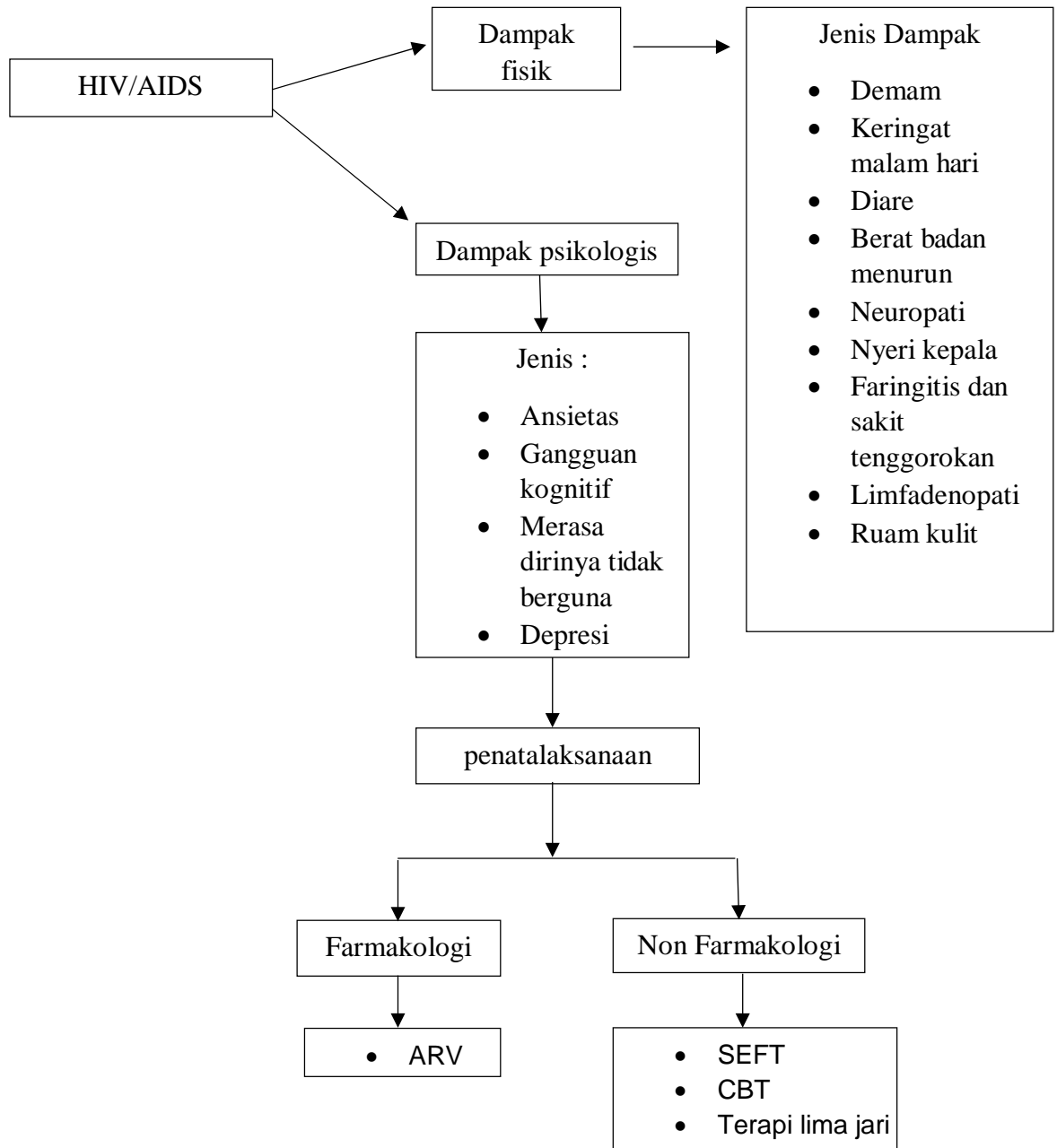
	Baseline		Pretest		Posttest	
	Eksperimen	Kontrol	Eksperimen	Kontrol	Eksperimen	Kontrol
Min	7	15	12	18	5	21
Maks	29	27	35	36	20	33
Rata-Rata	19,18	21,27	25,27	24,64	13,36	25,91
Std. Deviasi	6,794	4,052	7,747	6,217	4,433	3,936

meningkat dibandingkan dengan baseline baik pada kelompok eksperimen maupun kontrol. Standar deviasi pretest juga lebih besar daripada baseline baik pada kelompok eksperimen maupun kontrol. Pada masa pengukuran antara baseline dan pretest, kedua kelompok tidak mendapatkan perlakuan apapun. Hal ini menandakan bahwa depresi baik pada kelompok eksperimen dan kontrol cenderung meningkat dan menunjukkan varian yang semakin besar ketika tidak mendapatkan perlakuan.

Tabel 1 juga menunjukkan bahwa rata-rata skor BDI pada posttest menurun dibandingkan pretest pada kelompok eksperimen. Namun, pada kelompok kontrol justru posttest meningkat dibandingkan pretest. Standar deviasi posttest lebih kecil daripada pretest baik pada kelompok kontrol maupun eksperimen. Hal ini menandakan setelah mendapatkan terapi kelompok SE, depresi kelompok eksperimen menurun, sedangkan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan terapi kelompok SE, depresi

cenderung meningkat. Keadaan setelah diberikan terapi pada kedua kelompok menunjukkan varian yang lebih kecil dan cenderung identik.

2.5 Kerangka Teori



Sumber : (Dimodifikasi dari HIV Kapita Selektta 2014, dampak fisik Nurrarif & Hardi 2015, dan Kapita Selektta 2014, dampak psikologis Nurbani 2013)