

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 Lymphadenopathy Associated Virus (LAV) atau Human T-Cell Leukimia Virus (HTL-III) atau Human T-Cell Lympanotropic 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 Selekt, 2014).

Sel T dan makrofag serta sel dendritik 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 (asintomatis)
 - 1) Asintomatis
 - 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 populer 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/periodontitis ulseratif nekrotik akut

- 9) Hasil Anemia ($Hb < 8 \text{ g/dL}$) 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) Kriptosporodiosis 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 diseminata
- 10) Kandidiasis esofagus, trakea, atau bronkus
- 11) Mikobakteriosis atipik, diseminata 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 diseminata.

15) Nefropati terkait HIV simptomatis atau kardiomiopati terkait HIV simptomatis (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, kelelahan dan cacat.
- b. Neurologik
 - 1) Kompleks demensia AIDS karena serangan langsung HIV (Human Immunodeficiency Virus) pada sel saraf, akan menimbulkan perubahan kepribadian, kerusakan kemampuan motorik, kelemahan, disfasia, dan isolasi sosial.
 - 2) Ensefalopati akut, karena reaksi terapeutik, hipoksia, hipoglikemia, ketidakseimbangan elektrolit, meningitis atau ensefalitis. Akan menimbulkan seperti: sakit kepala, malaise, demam, paralisis total atau parsial.
 - 3) Infark serebral kornea sifilis meningeovaskuler, hipotensi sistemik, dan miokarditis.
 - 4) Neuropati karena inflamasi demielinasi oleh serangan HIV.
- c. Gastrointestinal
 - 1) Terjadinya diare dapat disebabkan oleh bakteri dan virus, bertumbuh cepat flora normal, limfoma, 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, kelelahan, 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 menegaskan 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 dijaui 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 di rumah 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 ke susunan 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 “natural 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 sistem imun. Berbagai gejala pada depresi seperti gangguan neurovegetatif (gangguan tidur, nafsu makan berkurang, disfungsi seksual), gangguan kognitif (lupa, 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

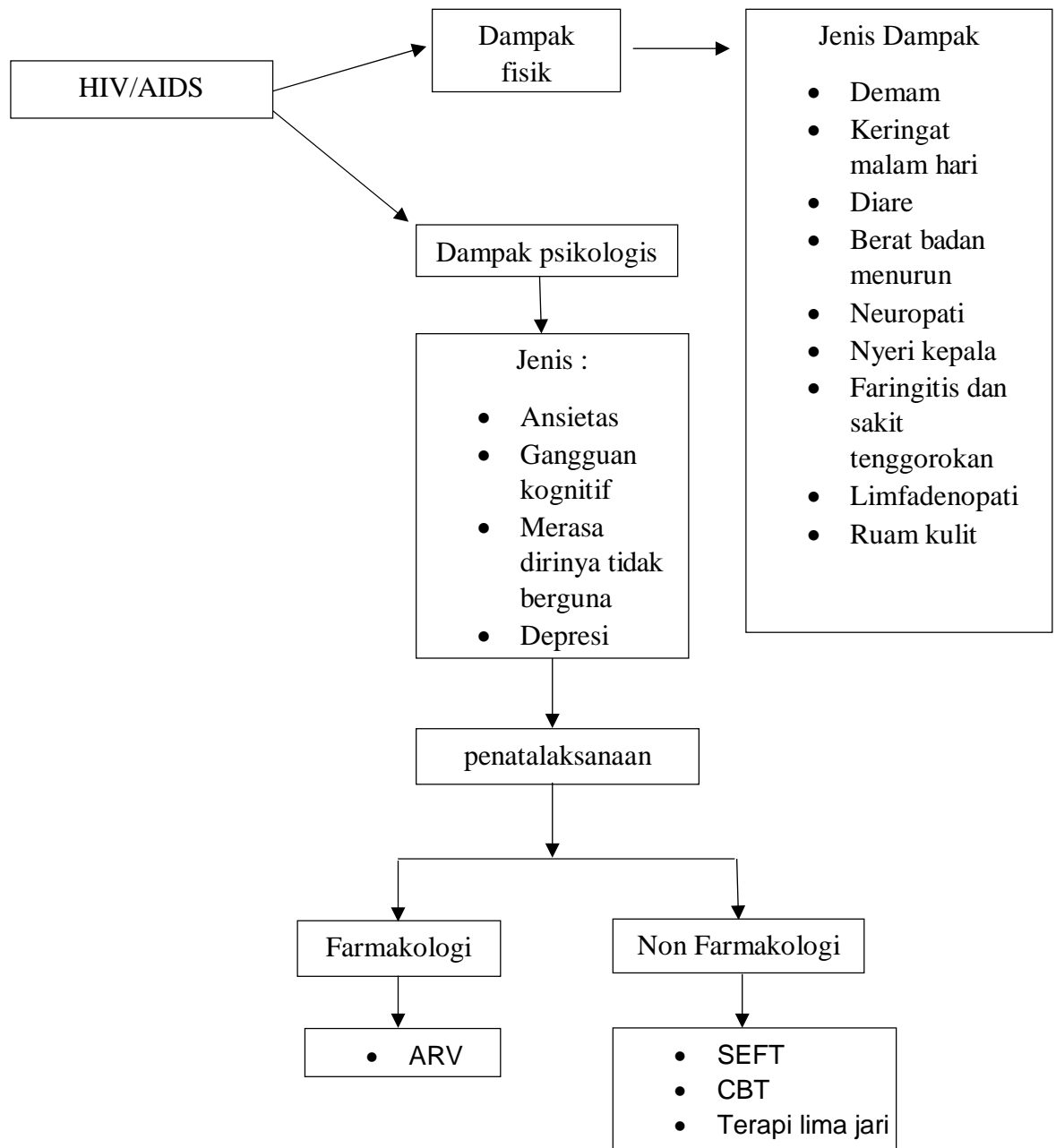
	Baseline		Pretest		Posttest	
	Eksperimen	Kontrol	Eksperimen	Kontrol	Eksperimen	Kontrol
Min	7	15	12	18	5	21
Mak	29	27	35	36	20	33
Rata-Rata	19,18	21,27	25,27	24,64	13,36	25,91
Std. Deviasi	6,794	4,052	7,747	6,217	4,433	3,936

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 Selekt 2014, dampak fisik Nurrarif & Hardi 2015, dan Kapita Selekt 2014, dampak psikologis Nurbani 2013)