

LITERATUR REVIEW

No	Penulis (Tahun), Judul	Ruang Lingkup/Tujuan	Pengumpulan Data, Sampel Penelitian & Hipotesis	Nilai Ilmiah & Metode Penelitian	Hasil Ilmiah	Catatan
1.	Sri Budiarti (2016), Gambaran Dukungan Keluarga Pada Pasien HIV/AIDS Di RS dr. Ario Wirawan Salatiga	Pasien HIV/AIDS (ODHA). Tujuan mengetahui gambaran dukungan keluarga pada pasien HIV/AIDS di Rumah Sakit Paru dr. Ario Wirawan Salatiga	Kuesioner Dukungan Keluarga Sampel sebesar 44 responden Hipotesis:	Jenis penelitian yang digunakan adalah non eksperimental dengan rancangan deskriptif kuantitatif.	<ol style="list-style-type: none"> Dukungan Emosional: <ol style="list-style-type: none"> Baik: 20,5% Cukup: 65,9% Kurang: 13,6% Dukungan Penghargaan/Penilaian: <ol style="list-style-type: none"> Baik: 15,9% Cukup; 70,5% Kurang: 13,6% Dukungan Instrumental: <ol style="list-style-type: none"> Baik: 15,9% Cukup: 72,9% Kurang: 11,4% Dukungan Informatif: <ol style="list-style-type: none"> Baik; 18,2% Cukup: 70,5% Kurang: 11,4% 	
2.	Ika Novita Sari, Reci Hamdayani, Lisastri Syahrica (2018), Hubungan Tingkat Depresi dengan Kualitas Hidup Pada	Pasien HIV/AIDS (ODHA). Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui hubungan tingkat depresi dengan kualitas hidup pada	Kuesioner Sampel sebesar 30 responden Hipotesis: ada hubungan antara tingkat depresi	Desain penelitian menggunakan metode <i>survey analitik</i> dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Teknik menggunakan	<ol style="list-style-type: none"> Depresi: <ol style="list-style-type: none"> Normal: 66,7% Ringan; 26,7% Sedang: 3,3% Berat: 3,3% Kualitas Hidup: 	

	Penderita HIV/AIDS Di RS Santa Elizabeth Batam	penderita HIV/AIDS di RS Santa Elizabeth Batam	dengan kualitas hidup pada penderita HIV/AIDS di RS Santa Elizabeth Batam	<i>purposive sampling</i> .	a) Baik: 40% b) Kurang Baik: 60%	
3.	Pria Wahyu Romadhon Girianto, Wiwik (2017), Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Stress Pasien HIV/AIDS	Pasien HIV/AIDS (ODHA). Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui dukungan keluarga dengan tingkat stress pasien HIV/AIDS di ruang melati RSUD Kediri	Kuesioner Sampel sebesar 20 responden Hipotesis:	Desain penelitian menggunakan metode analitik korelasional dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Teknik menggunakan <i>accidental sampling</i>	1. Dukungan Keluarga: a) Kurang; 80% b) Cukup; 5% c) Baik; 5% 2. Tingkat stress: a) Normal; 5% b) Ringan; 7,5% c) Sedang; 25% d) Berat; 7,5%	
4.	Wiwin Martiningsih, Fransnedo Dhiky Kurnia C, Sri Winarni (2015), Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pasien HIV/AIDS Di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi	Pasien HIV/AIDS (ODHA). Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi dukungan keluarga dan tingkat depresi serta menganalisa hubungan antara kedua variabel tersebut.	Kuesioner Sampel sebesar 34 responden Hipotesis: ada hubungan dukungan keluarga dan tingkat depresi	Desain penelitian ini menggunakan korelasional dengan teknik <i>purposive sampling</i>	Hasil menunjukkan bahwa 94,1% responden memiliki dukungan keluarga yang suportif dan 97,1% responden tidak mengalami depresi.	
5.	Dwi Novrianda, Yonrizal Nurdin, Dusnita Ananda (2018), Dukungan Keluarga Dan Kualitas Hidup	Pasien HIV/AIDS (ODHA). Tujuan penelitian adalah mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup	Kuesioner Sampel sebesar 106 responden Hipotesis:	Jenis penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan <i>cross sectional study</i> . Teknik <i>accidental sampling</i> .	Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 63 responden sebesar 59,4% mendapatkan dukungan yang baik	

	dengan Orang Dengan HIV/AIDS Di Lantena Minangkabau Support	pada ODHA.			dari keluarga dan 61 responden sebesar 57,5% memiliki kualitas hidup yang baik.	
6.	Panji Andhika Pratama, Rr Indahria Slistyarini (2012), Dukungan Keluarga Dan Depresi Pada Penderita HIV/AIDS Di Yoygyakarta	Pasien HIV/AIDS (ODHA). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara pengaruh keluarga terhadap niat depresi pada korban HIV/AIDS.	Kuesioner skala depresi dan skala dukungan keluarga (pengumpulan data statistik). Sampel sebesar 50 responden Hipotesis: ada hubungan negatif antara dukungan keluarga dan depresi pada korban HIV/AIDS.	Desain penelitian ini menggunakan korelasional non parametrik dengan pendekatan kuantitatif	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga dalam kategori sedang memperoleh persentase sebesar 74% dan tingkat depresi dalam kategori sangat rendah dan ringan memperoleh persentase 48%.	
7.	M. Haris Hadi Sururi (2018), Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi Pada Pasien HIV/AIDS	Pasien HIV/AIDS (ODHA). Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien HIV/AIDS di poli VCT RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojokerto	Kuesioner Sampel sebesar 50 responden Hipotesisi: ada hubungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien HIV/AIDS di poli VCT RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojokerto	Desain penelitian yang digunakan adalah analitik korelasi dengan teknik pengambilan non probability sampling jenis consecutive sampling.	Hasil pnelitian menunjukkan bahwa sebagian responden menggunakan dukungan yang baik sebesar 52,0%. Dan sebagian responden mempunyai tingkat depresi minimal atau normal yaitu sebanyak 50,0%.	
8.	Elyana Hapsari,	Pasien HIV/AIDS	Kuesioner	Penelitian ini	Hasil penelitian ini	

	Widodo Sarjana, Muchlis AU Sofro (2016), Hubungan Tingkat Depresi Dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS Di RSUP Dr Kariadi Semarang	(ODHA). Tujuan penelitian ini untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara depresi dengan kualitas hidup.	Sampel sebesar 92 responden Hipoetesis: adakah hubungan antara depresi dengan kualitas hidup.	menggunakan penelitian observasional dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Teknik pengambilan <i>consecutive sampling</i> .	terdapat kejadian depresi dari setegah responden tidak mengalami depresi sebesar 50%.	
9.	Isma Yuniar, Heriyatun (2018), Dampak Dukungan Keluarga Terhadap Tingkat Depresi dan Kecemasan Pada Pasien HIV Di Klinik VCT RS Dr. Soedirman Kebumen	Pasien HIV/AIDS (ODHA). Untuk mengetahui dampak dukungan terhadap tingkat depresi dan kecemasan pada Pasien HIV Di Klinik VCT RSUD Kebumen	Kuesioner Sampel sebesar 50 responden Hipotesis:	Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif korelatif dengan menggunakan desain <i>cross sectional study</i> . Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan <i>purposive sampling</i>	Hasil penelitian menunjukkan dukungan keluarga kategori baik sebesar 82% dari 41 responden dan dukungan keluarga yang cukup sebesar 18% dari 9 responden Sedangkan tingkat depresi dalam kategori normal sebesar 76% dan depresi dalam kategori ringan sebesar 24%.	
10.	Ade Eva Fatmawati (2018), Hubungan Antara Dukungan Keluarga dan Depresi Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Di Kebumen	Pasien HIV/AIDS (ODHA). Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dan depresi pada orang dengan	Kuesioner Sampel sebesar 50 responden Hipotesis: ada hubungan negatif antara dukungan keluarga dan depresi	Penelitian ini menggunakan deskriptif kuantitatif	Hasil penelitian bahwa 1. Dukungan keluarga; a) Sangat rendah: 16% b) Rendah: 23% c) Sedang: 18%	

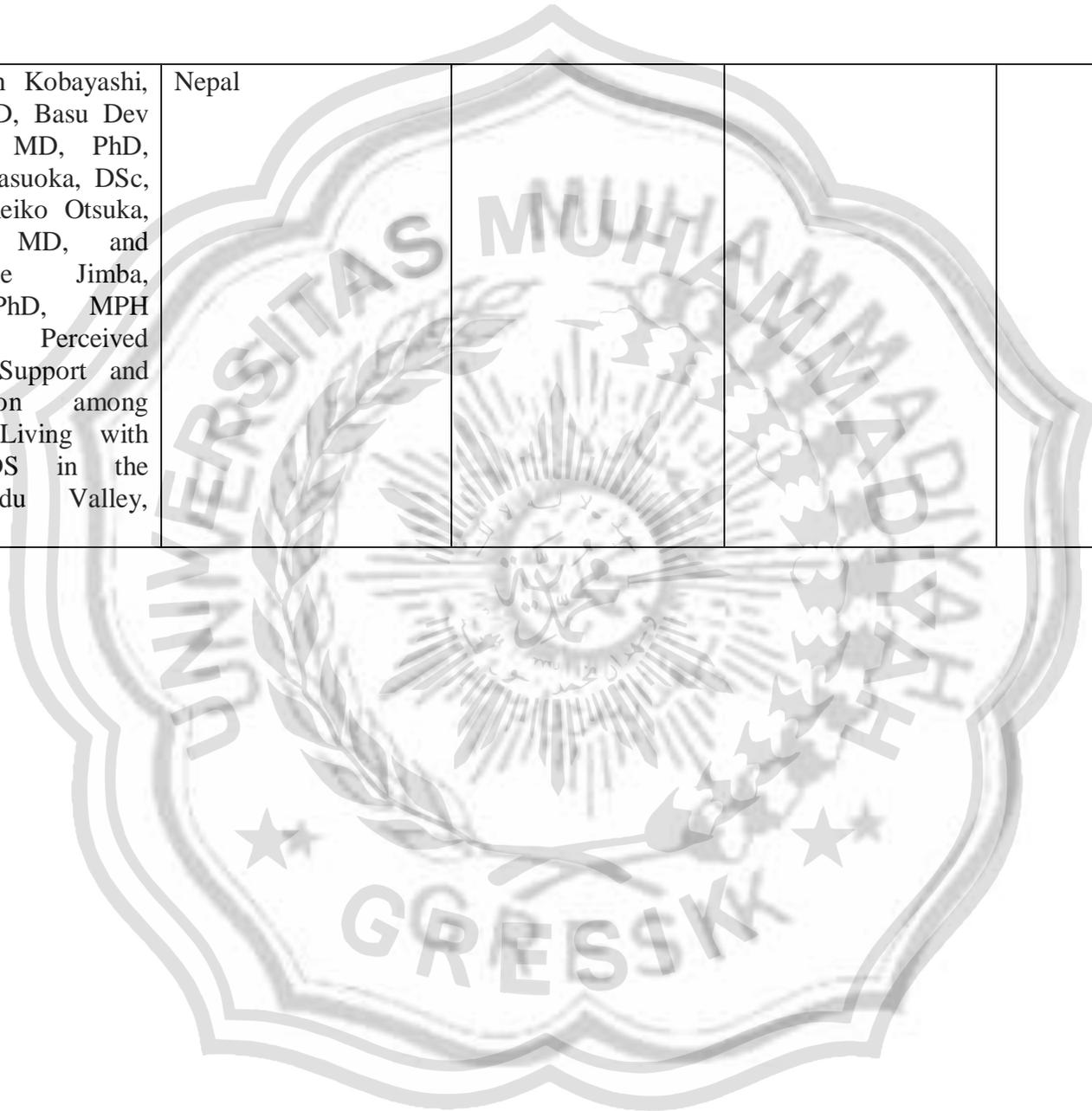
		HIV/AIDS.	pada orang dengan HIV/AIDS		d) Tinggi: 16% e) Sangat tinggi: 27%		
					2. Depresi: a) Normal: 35% b) Ringan: 47% c) Sedang: 18% d) Berat: 0%		
11.	Alva Cherry Mustamu, Nurdin, Gumilang (2019), Antara Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pada Orang Dengan HIV/AIDS	Mardiana Intan Pratiwi Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pada Orang Dengan HIV/AIDS	Pasien HIV/AIDS (ODHA). Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup ODHA.	Kueisoner Sampel sebesar 30 responden Hipotesis: ada hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup ODHA	Desain penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> dengan teknik pengambilan <i>purposive sampling</i> .	Hasil penelitian menunjukkan bahwa: 1. Dukungan keluarga: a) Baik: 63,3% b) Kurang: 36,7% 2. Kualitas hidup: a) Baik: 73,3% b) Kurang: 26,7%	
12.	Imaduddin (2016), Depresi Penderita AIDS	Parhani Dinamika Pada Penderita AIDS	Pasien HIV/AIDS (ODHA). Tujuan penelitian	Wawancara Sampel 1 responden	Desain penelitian studi kasus, pendekatan kognitif.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa respon depresi, gejala yang ditampakan oleh ODHA, dan psikologi yaitu hasilnya responden mengalami gejala depresi dengan respon yang beragam sehingga muncul pikiran negatif pada	

					dirinya, meskipun menyadari akan penyakitnya.	
13.	Wisnatul Izzati dan Nurfitriah Vahana E (2014), Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Mekanisma Koping Pasien HIV/AIDS Di Poli Serunai RS Achmad Mochtar Bukittinggi	Pasien HIV/AIDS (ODHA). Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga terhadap mekanisme koping pasien HIV/AIDS	Kuesioner Sampel sebesar 40 orang	Metode penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan cross sectional dan menggunakan teknik acidental sampling	Hasil penelitian menunjukkan bahwa 21 orang (52,5%) mwndapatkan dukungan keluarga yang optimal dan 19 orang (47,5%) memiliki dukungan keluarga minimal. Sedangkan 22 orang (55%) memiliki mekanisme koping adaptif dan 18 orang (48%) memiliki mekanisme koping maladaptif.	
14.	Rizka Amalia, Sri Sumartini, Afianti Sulastri (2018), Gambaran Perubahan Psikososial dan Sistem Pendukung Pada Orang dengan HIV/AIDS Di Rumah Cemara Gegerkalong Bandung	Pasien HIV/AIDS (ODHA). Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi gambaran motivasi pada ODHA di rumah cemara gegerkalong bandung	Wawancara Sampel sebesar 4 ODHA, 4 keluarga, 2 petugas	Metode kualitatif desain fenomologi deskriptif menggunakan teknik purposive sampling	Hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya beberapa perubahan terutama pada aspek fisik, psikologi, sosial dan sitem pendukung	
15.	Setyoadi, Lilik	Pasien HIV/AIDS	Kuesioner	Penelitian kuantitatif	Hasil penelitian	

	Supriati, Dwi Retno Selvitriana (2018), Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Harga Diri Orang Lain Dengan HIV/AIDS Di Yayasan Sadar Hati Malang	(ODHA). Tujuan penelitian ini untuk menganalisa hubungan dukungan keluarga dengan tingkat harga diri ODHA	Sampel 44 responden	deskriptif korelasional pendekatan cross sectional	menunjukkan bahwa: 1. Dukungan keluarga: a. Baik: 31,82% b. Cukup: 59,09% c. Kurang: 9,09% 2. Harga diri a. Tinggi: 9,09% b. Rendah: 73% c. Buruk: 18%	
16.	Indra Yulianti, Veryudha Eka P, tria Wahyuningrum, M. Haris Hadi Sururi (2019), The Relationship Between Family Support And Depression Level Among HIV/AIDS Patients In Prof Dr Soekandar General Hospital Mojokerto	In HIV/AIDS patients. The purpose of this study was to determine the relationship of family support with the level of depression in patients with HIV/AIDS in VCT poly RSUD Prof Dr Soekandar General hospital Mojokerto	Questionnaire Sample of 50 patients Hypthesis:	The research design used was correlational analytic. The sampling technique used is a nonprobability sampling type of consecutive sampling	The result is: 1. Family Support a) Good: 52% b) Enough: 32% c) Less: 16% 2. Depression Levels: a) Light: 50% b) Medium: 28% c) Sereve: 22%	
17.	Rachel M. Amiya, Krishna C. Poudel-Tandukar, Basu D. Pandey, Masamine Jimba (2014), Perceived Family Support, Depression, And Suicidal Ideation	In HIV/AIDS patients. The purpose this study tus examined different deminsions of perceived family support in relation to depression and suicidal ideation among people	Questionnaire Sample of 322 patients Hypthesis:	A cross sectional survey.	The result is perceived family support scores in the highest (AOR= 0,19; 95% CI=0,07, 0,55) and middle (AOR= 0,38; 95% CI=0,17, 0,86)	

	Among People Living With HIV/AIDS: A Cross Sectional Study in the Kathmandu Valley, Nepal	living with HIV/AIDS in Nepal				
18.	Mark Tomlinson (2010), Family-centred HIV interventions: lesson from the field of parental depression	In HIV/AIDS patients. The aim of this will be to make a case for targeting a broader set of behaviours that occur within families when developing and implementing interventions	Experimental. Sample of Hypothesis;	A cross sectional survey	The result is 70% of people with mental disorder never receiving any kind of care	
19.	Astika Rasyiid, Ruben Dharmawan, Supriyadi Hari Respati (2016), The Effect of Peer Support Group on Depression and Quality of Life Among People Living with HIV/AIDS in Kediri East Java	In HIV/AIDS patients. The objective of research was to analyze the effect of KDS on depression and quality of life among PLWHA in friendship plus peer support group in Kediri city.	Questionnaire Sample of 60 patients Hypothesis:	The type of study that the research selected was analytical observation. The sampling technique used was random sampling.	The result is depression was affected by family income of 88%. Quality of life was affected by family income of 92,3%	
20.	Sadhana Shrestha, MHSc, Krishna C. Poudel, PhD, MHSc, MA, MPA, Kalpana Poudel-Tandukar, PhD, MPH, MPH, MPH,	In HIV/AIDS patients. To examine the relationship between PFS and depression among PLWHA in the Kathmandu Valley,	Questionnaire Sample of 208 PLWHA and 208 HIV-negative Hypothesis:	In this cross sectional study	The result: was higher than that of HIV-negative participants scores 13,6%	

<p>MA, Jun Kobayashi, MD, PhD, Basu Dev Pandey, MD, PhD, Junko Yasuoka, DSc, MPH, Keiko Otsuka, MHSc, MD, and Masamine Jimba, MD, PhD, MPH (2012), Perceived Family Support and Depression among People Living with HIV/AIDS in the Kathmandu Valley, Nepal</p>	<p>Nepal</p>				
---	--------------	--	--	--	--



**GAMBARAN DUKUNGAN KELUARGA PADA PASIEN HIV/ AIDS
DI RS PARU dr. ARIO WIRAWAN SALATIGA**



Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Strata I pada
Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan

Oleh :

SRI BUDIARTI
J 210.141.010

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2016**

HALAMAN PERSETUJUAN

**GAMBARAN DUKUNGAN KELUARGA PADA PASIEN HIV/ AIDS
DI RS PARU dr. ARIO WIRAWAN SALATIGA**

PUBLIKASI ILMIAH

Oleh :

SRI BUDIARTI
J 210.141.010

Telah diperiksa dan disetujui oleh:

Dosen Pembimbing



Sulastri, S.Kp., M.Kes

HALAMAN PENGESAHAN

**GAMBARAN DUKUNGAN KELUARGA PADA PASIEN HIV/ AIDS
DI RUMAH SAKIT PARU dr. ARIO WIRAWAN SALATIGA**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :

SRI BUDIARTI

J 210.141.010

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 11 Mei 2016, dan dinyatakan memenuhi syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta

Susunan Dewan Penguji:

1. Sulastri, S.Kp., M.Kes (.....)
2. Arief Wahyudi Jadmiko, S.Kep., Ns., M.Kep (.....)
3. Arif Widodo, A.Kep., M.Kes (.....)

Surakarta, 11 Mei 2016
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
Dekan,




Dr. Suwaji, M.Kes

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan dari suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila ternyata dikemudian hari terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya diatas, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya.

Surakarta, 10 Mei 2016



Sri Budiarti

GAMBARAN DUKUNGAN KELUARGA PADA PASIEN HIV/AIDS DI RUMAH SAKIT
PARU dr. ARIO WIRAWAN SALATIGA

ABSTRAK

Kualitas hidup pada pasien HIV/AIDS sangat penting untuk diperhatikan karena penyakit infeksi ini bersifat kronis dan progresif sehingga berdampak luas pada segala aspek kehidupan baik fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual. Masalah psikososial yang dihadapi oleh pasien HIV/AIDS berdampak pada kualitas hidup pasien. Dukungan dari berbagai pihak salah satunya dukungan keluarga sangat dibutuhkan pasien HIV/AIDS untuk mempertahankan kualitas hidupnya. Penelitian ini bertujuan mengetahui gambaran dukungan keluarga pada pasien HIV/AIDS di Rumah Sakit Paru dr. Ario Wirawan Salatiga. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Sample penelitian adalah keluarga pasien HIV/AIDS yang menjalani Rawat Jalan di Rumah Sakit Paru dr. Ario Wirawan Salatiga 65 responden dengan teknik *total sampling*. Pengumpulan data menggunakan kuesioner yang dianalisis menggunakan univariat. Hasil penelitian adalah (1) dukungan keluarga berupa dukungan emosional pada pasien HIV/AIDS dalam kategori baik sebesar 20,5%, dukungan emosional kategori cukup 65,9% dan dukungan emosional kategori kurang sebesar 13,6%, (2) dukungan keluarga berupa dukungan penghargaan pada pasien HIV/AIDS dalam kategori baik sebesar 15,9%, dukungan emosional kategori cukup 70,5%, dan dukungan keluarga dalam kategori kurang sebesar 13,6%, (3) dukungan keluarga berupa dukungan instrumental pada pasien HIV/AIDS dalam kategori baik sebesar 15,9%, dukungan instrumental kategori cukup sebesar 72,9%, dukungan instrumental kategori kurang sebesar 11,4%, (4) dukungan keluarga berupa dukungan informatif pada pasien HIV/AIDS dalam kategori baik sebesar 18,2%, dukungan informatif kategori cukup sebesar 70,5%, dukungan informatif kategori kurang sebesar 11,4%. Kesimpulan: gambaran dukungan keluarga pada pasien HIV/AIDS secara keseluruhan dapat dikategorikan cukup.

Kata Kunci: Dukungan Keluarga, Pasien HIV/AIDS.

ABSTRACT

Quality of life in patients of HIV/AIDS is very important to note because of infectious disease is chronic and progressive so vast impact on all aspects of life both physical, psychological, social, and spiritual. Psychosocial issues faced by patients HIV/AIDS impact on patient quality of life. Support from various parties one of which support families much-needed HIV/AIDS patients to maintain the quality of his life. This research aims to know the description of family support in HIV/AIDS patients at the hospital pulmonology dr Ario Wirawan Salatiga. This research is descriptive research. Sample family research is the HIV/AIDS patients undergoing Outpatient Pulmonary hospital dr Ario Wirawan Salatiga 65 respondents with the technique of total sampling. Data collection using the questionnaire were analyzed using univariate. Results of the study are (1) family support in the form of emotional support in patients of HIV/AIDS in both categories of 20.5%, emotional support categories quite 65.9% and emotional support category less of 13.6%, (2) family support in the form of a support award in HIV/AIDS patients in both categories of 15.9%, emotional support categories quite 70.5%, and family support in the category less of 13.6%, (3) family support in the form of instrumental support on HIV/AIDS patients in both categories amounted to 15.9% the instrumental category support, enough of 72.9%, support the instrumental category less of 11.4%, (4) family support in the form of informative support in HIV/AIDS patients in both categories amounted to 18.2%, support informative category enough of 70.5%, support informative category less of 11.4%. Conclusion: an overview of family support in HIV/AIDS patients as a whole can be categorized.

Keywords: Family Support, Patient with HIV/AIDS

1. LATAR BELAKANG

Sejak ditemukannya penyakit *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) pada tahun 1981 telah berkembang menjadi masalah kesehatan global. Menurut data dari *United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) dalam laporannya pada hari AIDS sedunia tahun 2012,

menyatakan hingga tahun 2011 diperkirakan ada sebanyak 34 juta orang hidup dengan HIV/ AIDS, sebanyak 2,5 juta kasus baru terinfeksi HIV, dan 1,7 juta kematian disebabkan AIDS. Negara yang memiliki penduduk yang positif HIV/ AIDS adalah region Sub Sahara, diikuti Asia pada peringkat kedua yakni 4,8 juta kasus. Indonesia menempati posisi ke lima dari seluruh negara di Asia setelah India, Myanmar, Nepal, dan Thailand.

Penyakit HIV/ AIDS di Indonesia dilaporkan pertama kali di Bali pada tahun 1987. Sampai dengan September 2014, HIV/ AIDS tersebar di 386 dari 498 kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia. Berdasarkan laporan dari Departemen Kesehatan hingga bulan September tahun 2014, terjadi peningkatan jumlah penderita HIV/ AIDS yang cukup signifikan dari sebelumnya tahun 2012 sebanyak 21.551 menjadi 150.296 orang dengan HIV, dan AIDS sebanyak 55.799 orang (DepKes RI, 2014).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melaporkan sampai dengan bulan September 2014 Jawa Tengah menduduki tingkat ke enam sebagai provinsi dengan kasus HIV sebanyak 9.032 dan AIDS 3.767 orang, setelah provinsi Papua, Jawa timur, DKI Jakarta, Bali, dan Jawa Barat. Melihat tingginya prevalensi di atas masalah HIV/ AIDS saat ini bukan hanya masalah kesehatan berupa penyakit menular saja, tetapi menjadi masalah kesehatan masyarakat yang sangat luas (DepKes RI, 2014).

Penanganan HIV/ AIDS tidak hanya segi medis saja, tetapi layanan psikososial dengan berdasarkan pendekatan kesehatan masyarakat sangat diperlukan melalui pencegahan primer, sekunder dan tertier. Penanggulangan HIV/ AIDS ditujukan untuk mencegah, mengurangi resiko penularan, meningkatkan kualitas hidup ODHA serta mengurangi dampak sosial ekonomi pada individu, keluarga dan masyarakat. Salah satu upaya yang dapat dilakukan dengan cara deteksi dini melalui status seseorang apakah sudah terinfeksi atau belum dengan konseling dan testing secara sukarela (VCT), serta layanan *Provider Initiated Testing and Counseling* (PITC) yang dapat dilakukan di sarana kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah dan atau masyarakat. Penanggulangan secara terpadu dengan cara setiap orang dewasa, remaja, anak-anak yang datang ke fasilitas layanan kesehatan, dengan gejala medis yang mengindikasikan atau patut dicurigai terjadi infeksi HIV terutama dengan riwayat penyakit Tuberkulosis, IMS dianjurkan dilakukan pemeriksaan HIV (PP& PL DepKes RI, 2011).

Pemerintah Indonesia melalui Departemen Kesehatan memberikan layanan perawatan, dukungan dan pengobatan pada pasien HIV/ AIDS berupa *Voluntary Counseling and Testing* (VCT), *Initiated Testing and Counseling* (PITC) dan perawatan, dukungan serta pengobatan pasien melalui *Care Support and Treatment* (CST) dengan memberikan obat *Anti Retro Virus* (ARV) yang dapat di akses di 355 rumah sakit rujukan yang telah ditunjuk. Rumah Sakit Paru dr. Ario Wirawan merupakan satu-satunya rumah sakit khusus paru di Jawa Tengah yang menjadi rujukan pasien tersebut.

Data dari Rekam Medis RS Paru dr. Ario Wirawan Salatiga sampai dengan bulan Juni 2015 menunjukkan adanya kenaikan jumlah temuan penderita HIV positif. Tahun 2013

ditemukan sebanyak 47 penderita HIV positif dari jumlah kunjungan 1256 orang dan tahun 2014 sebanyak 67 penderita HIV positif dari jumlah kunjungan 619 orang. Sampai dengan bulan Juni 2015 ditemukan 30 penderita baru dengan HIV positif dari jumlah kunjungan 313 orang.

Individu yang menderita HIV/ AIDS, akan mengalami tekanan emosional serta stress psikologis takut dikucilkan keluarga dan masyarakat, terutama keluarga takut tertular, serta adanya stigma sosial dan diskriminasi di masyarakat (Green & Hestin, 2009). Kepedulian, kasih sayang keluarga merupakan salah satu dukungan yang sangat dibutuhkan bagi penderita HIV/ AIDS. Beberapa pendapat mengatakan kedekatan hubungan merupakan sumber yang paling penting, karena salah satu fungsi keluarga selain menyediakan makanan, pakaian dan rumah, juga mempunyai peran dalam hal perawatan. Fungsi perawatan dilakukan dengan memberikan dengan memberi asuhan terhadap anggota keluarga baik berupa pencegahan sampai merawat keluarga yang sakit (Nursalam & Kurniawati, 2007; Padila, 2012).

Perawatan dan pengobatan HIV/ AIDS membutuhkan waktu yang lama terkadang dapat menyebabkan penderita menghentikan pengobatan. Selain itu juga karena rasa bosan, banyaknya jenis obat, efek samping serta komplikasi yang mungkin dialami. Untuk mencegah resistensi obat dan tetap bertahan dengan kepatuhan yang tinggi, memerlukan disiplin pribadi dan bantuan agar selalu minum obat (Green & Hestin, 2009). Keluarga sebagai *support system* yang utama dibutuhkan untuk mengembangkan *coping* yang efektif untuk beradaptasi menghadapi stressor terkait penyakit, baik fisik, psikologis maupun sosial. Dukungan keluarga terdiri dari dukungan informatif, penghargaan, instrumental dan emosional. Kecenderungan dukungan keluarga yang adekuat terbukti dapat menurunkan angka mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi (Friedman 1998 dalam Setiadi, 2008).

Tujuan umum penelitian ini adalah mengetahui gambaran dukungan keluarga pada pasien HIV/ AIDS di Rumah Sakit Paru dr. Ario Wirawan Salatiga.

2. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah non eksperimental dengan rancangan penelitian deskriptif kuantitatif. Populasi dari penelitian ini adalah keluarga pasien HIV/ AIDS yang menjalani Rawat Jalan di Rumah Sakit Paru dr. Ario Wirawan Salatiga, sebanyak 65 orang. Sample penelitian sebanyak 65 responden dengan teknik *total sampling*. Instrumen penelitian menggunakan alat ukur berupa kuesioner. Analisa data pada penelitian ini adalah univariat.

3. HASIL PENELITIAN

Tabel 1 Demografi Responden

Variabel	Frekuensi Σ	Persentase (%)
Umur		
21 - 30	12	27.3
31 - 40	20	45.5
41 - 50	10	22.7
51 - 60	2	4.5
Total	44	100.0
Jenis kelamin		
Laki-Laki	19	43.2
Perempuan	25	56.8
Total	44	100.0
Tingkat pendidikan		
SD	5	11.4
SMP	16	36.4
SMA	18	40.9
PT	5	11.4
Total	44	100.0
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	14	31.8
Bekerja	30	68.2
Total	44	100.0
Status marital		
Pasangan hidup	38	87.4
Orang tua	6	13.6
Total	44	100.

Tabel 2 Hasil Penelitian

Variabel	Frekuensi Σ	Persentase (%)
Dukungan emosional		
Baik	9	20.5
Cukup	29	65.9
Kurang	6	13.6
Total	44	100.0
Dukungan penghargaan		
Baik	7	15.9
Cukup	31	70.5
Kurang	6	13.6
Total	44	100.0
Dukungan instrumental		
Baik	7	15.9
Cukup	32	72.7
Kurang	5	11.4
Total	44	100.0
Dukungan informative		
Baik	8	18.2
Cukup	31	70.5
Kurang	5	11.4
Total	44	100.0

Tabel 3 Gambaran Dukungan Keluarga pada pasien HIV/ AIDS dalam perspektif keluarga pasien

Gambaran Dukungan Keluarga pada pasien HIV/ AIDS dalam perspektif keluarga pasien		
Baik	3	6.8
Cukup	35	79.5
Kurang	6	13.6
Total	44	100.0

4. PEMBAHASAN

Dukungan merupakan bantuan menyelesaikan suatu masalah sesuai dengan yang direkomendasikan. Dukungan ini biasanya didapatkan dari seseorang yang terdekat yang bisa diandalkan, memberikan kepedulian serta mengasahi dan akan efektif apabila terjalin hubungan saling percaya. Keluarga merupakan orang terdekat yang mempunyai unsur penting dalam kehidupan, karena didalamnya terdapat peran dan fungsi dari anggota keluarga tersebut yang saling berhubungan dan ketergantungan dalam memberikan dukungan, kasih sayang dan perhatian secara harmonis untuk mencapai tujuan bersama (Friedmen, 2010). Lingkungan keluarga harus menciptakan suasana kondusif untuk merawat anggota keluarganya yang sakit. Perasaan cemas dan takut dari keluarga diganti dengan ketekunan dan kesabaran dalam merawat (Tandra, 2008). Orang yang hidup dengan HIV/ AIDS memerlukan dukungan karena penyakit ini bersifat kronis dan membutuhkan penanganan yang komprehensif (Li, et al, 2008). Sedangkan pada hal pekerjaan, klasifikasi pekerjaan tidak disebutkan mempunyai pekerjaan tetap atau pekerjaan tidak tetap (Ellen, et al, 2009).

Salah satu tempat terbaik dalam merawat pasien dengan HIV/ AIDS adalah rumah dan dikelilingi orang-orang tercinta. Dirawat orang terdekat lebih menyenangkan, lebih akrab dan membuatnya bisa mengatur hidupnya sendiri. Penyakit- penyakit yang berhubungan dengan orang yang terinfeksi HIV akan cepat membaik dengan kenyamanan keluarga, dukungan teman dan orang-orang yang dicintainya (Green & Hestin, 2009).

Pasien HIV/ AIDS penting mengetahui bahwa ia bisa hidup dengan normal dan produktif. Demikian juga dengan keluarganya, keluarga harus bisa menerima ODHA dengan besar hati dan tidak melakukan diskriminasi terhadapnya, kadang tak mudah membangkitkan semangat hidup ODHA. Hal itu terjadi terutama pada ODHA yang secara kejiwaan lemah, tak bisa menerima kenyataan hidup (Yvonne, 2014).

A. Dukungan emosional

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan pasien mendapatkan dukungan emosional dengan kategori cukup sebanyak 29 orang (65, 9%) dan kurang sebanyak 6 orang (13, 6%). Pada penelitian sebelumnya dengan judul perbedaan respon sosial penderita hiv-aids yang mendapat dukungan keluarga dan tidak mendapat dukungan keluarga dibalai kesehatan paru masyarakat (BKPM) Semarang didapatkan hasil 76,9% pasien mendapatkan dukungan emosional dari keluarga dan 10, 3 % kurang mendapatkan dukungan (Marubenny, 2012). Demikian juga pada penelitian dengan judul

pengaruh dukungan keluarga terhadap program pengobatan pasien hiv-aids di posyansus rumah sakit umum pusat Haji Adam Malik Medan didapatkan hasil dukungan emosional kategori cukup sebanyak 80% dan kurang sebanyak 20% (Siahaan, 2011).

Dukungan emosional mencakup ungkapan empati, kepedulian, motivasi dan perhatian terhadap pasien yang terinfeksi HIV/ AIDS berupa keluarga senantiasa membahas perkembangan penyakit pasien, keluarga membahas perkembangan penyakit pasien untuk menentukan langkah tindak lanjut, keluarga selalu memberi rasa nyaman pada pasien selama dirawat di rumah berupa kasih sayang dan penerimaan, keluarga bersikap halus dan menerima bila ada sikap negatif yang muncul dari pasien, dengan demikian diharapkan pasien lebih bisa bersabar dan menerima kondisinya walaupun pada awalnya ada sikap penyangkalan dari pasien dan keluarga, tetapi peran keluarga diharapkan mampu memahami dan memaklumi apabila penyakit yang diderita merupakan suatu musibah dan percaya bahwa dibalik merawat pasien dengan HIV/ AIDS pasti ada hikmah yang bisa dipetik. Keluarga selalu mengingatkan, untuk lebih dekat kepada Allah dan selalu ber – iktiar untuk proses kesembuhan. Salah satu bentuk mekanisme pertahanan diri manusia/ koping adalah strategi koping religius yaitu melibatkan agama dalam penyelesaian masalah dengan meningkatkan ritual keagamaan sehingga akan mengurangi tekanan ataupun stresor yang dialami, dalam hal ini pasien HIV/ AIDS ataupun keluarganya.

Pada umumnya saat suasana yang tidak terkendali, individu mengakui adanya sesuatu yang lebih berkuasa daripada dirinya. Kebanyakan orang Indonesia menggunakan strategi religi untuk mengatasi masalah yang dihadapi dan sholat adalah mekanisme yang paling sering dipakai (Manfredi & Picket dalam Primaldhi, 2006).

B. Dukungan Penghargaan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan dukungan penghargaan cukup sebanyak 31 responden (70,0%), yaitu berupa ungkapan penghargaan positif terhadap pasien HIV/ AIDS, berupa ungkapan perbandingan yang baik untuk meningkatkan harga diri pasien. Hal ini di dukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Marrubeny, (2012) didapatkan hasil dukungan keluarga berupa dukungan baik sebesar 59,0%. Dukungan penghargaan bisa berupa keluarga membandingkan dengan orang lain, sehingga bahwa masih banyak orang lain yang menderita penyakit yang sama sehingga termotivasi dalam menjalani pengobatan. HIV adalah masalah kesehatan, bukan aib sehingga ada keterkaitan erat pentingnya pencegahan dan upaya dukungan. HIV bisa mengenai siapa saja, sehingga dengan dukngan yang baik langkah pencegahan penularan ke orang lain akan berhasil apabila pasien merasa nyaman secara individu, keluarga dan masyarakat (Green & Hestin, 2009). Keterlibatan pasien HIV dalam kegiatan keluarga dan kegiatan sosial dan selalu mendukung pasien tetap melakukan pekerjaan sehari-hari merupakan salah satu bentuk dukungan penghargaan.

C. Dukungan instrumental

Berdasarkan hasil penelitian ini, didapatkan hasil dukungan instrumental cukup sebesar 32 responden (72,7%). Siboro (2010) pada penelitiannya didapatkan hasil dukungan instrumental kepada pasien sebanyak 64,4%. Demikian juga penelitian lainnya didapatkan hasil sebanyak 74,4% pasien selalu mendapatkan bantuan instrumental (Marubenny, 2012). Sedangkan menurut penelitian dengan judul pengaruh dukungan keluarga terhadap program pengobatan pasien Hiv-Aids di posyansus rumah sakit umum pusat Haji Adam Malik Medan, dukungan yang diberikan dalam kategori cukup sebesar 80%, baik 0% dan kurang sebanyak 20% (Siahaan, 2011). Bantuan ini berupa dukungan yang secara langsung seperti merawat, mengantar kontrol, menyiapkan obat, penyediaan finansial untuk berobat ataupun pemberian materi secara langsung.

D. Dukungan informatif

Dukungan informasi berupa bantuan atau tindakan yang dilakukan oleh keluarga berupa saran, informasi serta nasehat yang dilakukan kepada pasien yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek dalam dukungan ini berupa nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

E. Gambaran dukungan keluarga berdasarkan perspektif anggota keluarga

Penelitian ini ditujukan untuk mengetahui gambaran dukungan keluarga terhadap pasien HIV/ AIDS di rumah. Dalam penelitian ini orang yang terdekat dengan penderita adalah keluarga. Peran keluarga sangat dibutuhkan untuk memelihara kesehatan anggota keluarganya yang sakit. Dukungan keluarga merupakan suatu bentuk hubungan interpersonal berupa sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa diterima, dalam hal ini keluarga yang menderita HIV/ AIDS (Friedmen, 2010).

Keluarga dapat membantu menurunkan kesakitan dan mempercepat proses pemulihan dari suatu penyakit dengan cara memberikan dukungan pada anggota keluarganya yang sakit. Baik buruknya dukungan keluarga sangat mempengaruhi kondisi kesehatan anggota keluarga yang sedang sakit, karena anggota keluarga yang sedang sakit membutuhkan dorongan dari luar dirinya untuk menjaga atau membantu meningkatkan kesehatan dirinya. Bagi penderita HIV/ AIDS dalam menjalani kehidupannya akan terasa sulit, karena dari segi fisik akan mengalami perubahan berkaitan dengan perkembangan penyakitnya. Tekanan emosional dan psikologis bisa dialami karena dikucilkan oleh keluarga atau masyarakat (Nihayati, 2012).

Penelitian ini menunjukkan sebanyak 18 orang (27,7%) penderita HIV/ AIDS belum terbuka dengan keluarganya. Hubungan yang baik dan adanya kepercayaan pada anggota keluarga akan membantu dalam pemulihan kondisi. Dalam penelitian ini

sebanyak 44 responden (67,7%) terbuka dan berterus terang tentang kondisi penyakitnya pada salah satu anggota keluarganya, terutama pada pasangan hidupnya. Kejujuran dalam mengungkapkan penyakit akan mempermudah keluarga dalam memberikan dukungan yang dibutuhkan. Dukungan keluarga yang baik akan berdampak positif terhadap pekerjaan, psikologis, sosial dan pekerjaan seseorang sehingga akan membantu dalam meningkatkan kesehatan dan memerangi penyakit (Nurbani dkk, 2006).

Pasien dengan dukungan yang suportif memiliki peluang memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien yang menderita HIV/ AIDS (Nurmalasari, 2007).

5. **SIMPULAN**

- A. Berdasarkan karakteristik responden terdapat lima variabel yang berhubungan dengan dukungan keluarga pada pasien HIV/ AIDS yaitu, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan hubungan keluarga.
- B. Berdasarkan hasil uji univariat yang meliputi dukungan keluarga pada pasien HIV/ AIDS berupa dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informatif secara keseluruhan dapat dikategorikan cukup.

6. **SARAN**

- A. **Bagi Rumah Sakit**
Hendaknya RS Paru dr. Ario Wirawan Salatiga lebih mengembangkan dalam sistem pelayanan tidak hanya pencapaian program penanggulangan HIV/ AIDS, tetapi juga melibatkan keluarga dengan cara memberikan dukungan, agar pasien HIV/ AIDS dapat mengatasi masalah kesehatan.
- B. **Profesional Kesehatan**
Dapat memberikan informasi bagi profesional kesehatan, agar melibatkan keluarga dalam agar keluarga termotivasi senantiasa memberikan dukungan pada pasien agar meningkat kualitas hidupnya.
- C. **Masyarakat**
Hendaknya dapat memberikan informasi bagi masyarakat khususnya pasien dan keluarga terutama yang tinggal serumah dengan pasien untuk lebih meningkatkan dukungan agar kualitas hidup orang dengan HIV/ AIDS menjadi lebih baik dengan cara memberikan bantuan baik dalam bentuk support individu ataupun bantuan langsung dalam mendapatkan pengobatan, kehidupan sehari-hari serta dalam kehidupan dimasyarakat.
- D. **Peneliti selanjutnya**
Perlu dilakukan penelitian lanjutan, dilihat dari aspek- aspek yang belum diteliti, untuk melengkapi kekurangan dari penelitian ini.

7. DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI. 2011. *Buku Saku Konselor HIV* : Direktorat Jenderal PP & PL
- Departemen Kesehatan RI. 2014. *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia Jenis Kelamin/Sex Dilapor s/d September 2014*. Retrieved September 15, 2015 from <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin%20AIDS.pdf>
- Ellen, et al. (2009). *Health-Related Quality of Life in Bereaved HIV-Positive Adults: Relationships between HIV Symptoms, Grief, Social Support, and Axis II Indication*. *Health Psychol.* Vol. 28(2): 249–257. Diakses Tanggal 5 November 2016.
- Friedman. 2010. *Keperawatan Keluarga Praktek dan Teori*. Edisi 3. Jakarta: ECG
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J., & Logis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 50, No. 3, 571–579. Diakses Tanggal 15 September 2015.
- Green, W. Chris & Hertin, Setyowati. (2009). *Lembaran Informasi tentang HIV/AIDS untuk Orang dengan HIV/AIDS (ODHA)*: Jakarta
- Hamdi, Asep Saepul. (2014). *Metode Penelitian kuantitatif Aplikasi dalam Pendidikan*. Edisi 1. Yogyakarta: Deepublish.
- Li, Y., Scott, C.S., Yen, Y., and Bruce, K. 2008. *Chinese Nursing Student HIV/AIDS Knowledge, Attitude and Practice Intentions*. *Applied Nursing Research*, 21, 147 – 152
- Marubenny, Sandy. 2012. *Perbedaan Respon Sosial Penderita Hiv-Aids Yang Mendapat Dukungan Keluarga Dan Tidak Mendapat Dukungan Keluarga Dibalai Kesehatan Paru Masyarakat (Bkpm) Semarang*. Jurnal
- Nihayati, A. (2012). *Dukungan Sosial pada Penyandang HIV/AIDS Dewasa*. Fakultas Psikologi. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Nurbani, Farah. (2006). *Dukungan Sosial Pada ODHA*. Fakultas Psikologi: Universitas Gunadarma, Jawa Barat. Diakses 21 September 2015.
- Nurmalasari, Yanni. (2007). *Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan Harga Diri pada Remaja Penderita Penyakit Lupus*. Fakultas Psikologi: Universitas Gunadarma, Jawa Barat. Diakses Tanggal 21 September 2015.
- Nursalam, Kurniawati. 2007. *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Pargamen, K.I. (2007). *a Decade Of Research On The Psychology Of Religion And Coping: Things We Assumed and Lessons We Learned*. Vol. 82, Hal: 742-766. Diakses Tanggal 10 Oktober 2015.
- Pramadi, A. & Lasmono, S.A., & Greene, B. (2009). *Koping Stres pada Etnis Bali, Jawa, dan Sunda*. *Indonesian Psychology Journal*. Diakses Tanggal 10 Oktober 2016.
- Setiadi. 2008. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Siaahaan, Roy Ricard. 2011. *Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Program Pengobatan Pasien Hiv-Aids Di Posyansus Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan*.
- Tandra, H. 2008. *Segala Sesuatu yang Harus Anda Ketahui tentang Diabetes*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- UNSAID. 2014. *UNSAID World AIDS Day Report*. Retrieved September 1, 2015. From http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013.
- Yvonne S. (2014). *Influence of Depression to Quality of Life People Living with HIV/AIDS after Antiretroviral Treatment*. Edisi No 02 Vol XL, Hal: 96–101. Diakses Tanggal 5 Oktober 2016.

HUBUNGAN TINGKAT DEPRESI DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PENDERITA HIV/AIDS DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH BATAM TAHUN 2018

IKA NOVITA SARI, RECI HAMDAYANI, LISASTRI SYAHRIAS

Universitas Batam, Batam, Indonesia

Abstract: *Human Immunodeficiency Virus-Acquired Immuno Deficiency Syndrome (HIV-AIDS) is a global problem and is one of the public health problems in Indonesia. Researchers presurveyed at Santa Elisabeth Batam Hospital on May 28, 2018 obtained data from medical records, the number of each month was HIV / AIDS patients who visited the hospital from January as many as 110 people, February as many as 121 people, March as many as 127 people, April as many as 122 people and in May 152 people. The amount from January to May 2018 is 632 people, from the data above that routinely visits 30 months. The purpose of this study was to find out the relationship between the level of depression and quality of life in people with HIV / AIDS at Santa Elisabeth Batam Hospital in 2018. The study design used an analytical survey method with a cross sectional approach. The population in this study were all patients suffering from HIV / AIDS who were treated at Santa Elisabeth Hospital in Batam. The sample technique uses purposive sampling with a total sample of 30 people. The study was conducted on June 26 to July 17 2018. Collecting data by questionnaire. Data analysis used is univariate and bivariate with Chi-Square test to see the relationship of two variables. The results obtained by the results of p value = 0.025 < 0.05 means that Ho is rejected there is a relationship between Depression Level and Quality of Life in People with HIV / AIDS in Santa Elisabeth Batam Hospital in 2018. It is expected that people with HIV / AIDS can always control their level of depression and increase the quality of his life to be better.*

Keywords: *Depression, Quality of Life, People with HIV / AIDS*

Abstrak: *Human Immunodeficiency Virus-Acquired Immuno Deficiency Syndrom (HIV-AIDS) menjadi masalah global dan merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Peneliti melakukan presurvey di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam tanggal 28 Mei 2018 diperoleh data dari medical Record jumlah setiap bulannya adalah pasien HIV/AIDS yang berkunjung ke Rumah Sakit dari Januari sebanyak 110 orang, Februari sebanyak 121 orang, Maret sebanyak 127 orang, April sebanyak 122 orang dan bulan Mei sebanyak 152 orang. Jumlah dari Januari - Mei 2018 sebanyak 632 orang, dari data diatas yang rutin melakukan kunjungan setiap bulannya berjumlah 30 orang. Tujuan penelitian ini adalah diketahui hubungan tingkat depresi dengan kualitas hidup pada penderita HIV/AIDS Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2018. Desain penelitian menggunakan metode survey analitik dengan pendekatan cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang menderita HIV/AIDS yang berobat ke Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam. Teknik sampel menggunakan Purposive sampling jumlah sampel sebanyak 30 orang. Penelitian dilaksanakan tanggal, 26 juni sampai dengan 17 juli 2018. Pengumpulan data dengan kuesioner. Analisa data yang digunakan adalah univariat dan bivariat dengan uji Chi-Square untuk melihat hubungan dua variabel. Hasil penelitian diperoleh hasil nilai p value = 0,025 < 0,05 artinya Ho ditolak ada hubungan antara Tingkat Depresi Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita HIV/AIDS Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2018. Diharapkan penderita HIV/AIDS dapat selalu mengontrol tingkat depresinya dan meningkatkan kualitas hidupnya agar lebih baik.*

Kata Kunci: *Depresi, Kualitas Hidup, Penderita HIV/AIDS*

A. Pendahuluan

Human Immunodeficiency Virus-Acquired Immuno Deficiency Syndrom (HIV-AIDS) menjadi masalah global dan merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Program pengendalian HIV-AIDS di Indonesia sejalan dengan mempunyai tujuan menurunkan infeksi baru HIV, menurunkan diskriminasi dan menurunkan kematian karena AIDS (Kemenkes RI, 2012). Epidemiologi HIV/AIDS saat ini telah melanda seluruh negara di dunia sejak pertama kali kasus infeksi virus yang menyerang kekebalan tubuh ini ditemukan di New York pada tahun

1981, diperkirakan virus ini telah mengakibatkan kematian > 2 juta orang di seluruh dunia.

Di Indonesia, HIV pertama kali di temukan di Bali pada bulan April 1987, terjadi pada orang berkebangsaan Belanda. Sejak pertama kali ditemukan sampai dengan tahun 2011, kasus HIV/AIDS tersebar di 368 (73,9%) dari 498 kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia. Secara signifikan kasus HIV/AIDS terus meningkat (FKM UNDIP, 2014). Laporan kasus HIV/AIDS di Indonesia Triwulan I tahun 2017 dari bulan Januari - Maret 2017 jumlah infeksi HIV yang dilaporkan sebanyak 10.376 orang, sedangkan kasus AIDS dilaporkan 673 orang (Kemenkes RI, 2017). AIDS adalah sekumpulan gejala yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia akibat infeksi virus HIV. Data dari WHO (2016), jumlah orang yang menderita dan hidup dengan mengidap HIV sebanyak 36,7 juta, sedangkan yang menderita AIDS yang meninggal sebanyak 1 juta orang. Jumlah kumulatif infeksi HIV yang dilaporkan sampai dengan bulan Maret 2017 sebanyak 242.699 kasus, sedangkan untuk penderita AIDS dari tahun 1987 sampai dengan bulan Maret 2017 sebanyak 87.453 orang (Kemenkes RI, 2017).

Data dari Kemenkes RI, (2016), dari *Laporan Situasi Perkembangan HIV dan AIDS di Indonesia Januari - Maret 2016 angka penderita HIV & AIDS Kepulauan Riau sebanyak 852 Kasus, dan menempati urutan ke-10 tertinggi di Indonesia*. Penemuan kasus HIV/AIDS adalah fenomena gunung es. Kasus yang ditemukan hanya sebagian kecil dari keseluruhan kasus yang belum ditemukan. Sampai dengan saat ini masih merupakan fase pencarian atau penemuan kasus.

Di Kota Batam, jumlah penderita HIV/AIDS pada tahun 2016 jumlahnya meningkat bila dibandingkan tahun sebelumnya. Pada tahun 2016, ditemukan sebanyak 694 kasus HIV dan 282 kasus AIDS, sedangkan pada tahun 2015 ditemukan sebanyak 641 kasus HIV dan 274 kasus AIDS (profil Kesehatan Kota Batam, 2017). *Jumlah penderita HIV/AIDS di pulau Batam pada Puskesmas Lubuk Baja 232 kasus, Budi Kemuliaan Batam 483 kasus, RSUD Embung Fatimah Kota Batam 1,200 kasus dan RS Santa Elizabeth Batam 75 kasus* (Kemenkes RI, 2016). *untuk kasus kematian karna HIV & AIDS di Kota Batam sebesar 82 orang dibandingkan tahun 2015 sedikit menurun dari 89 orang tetapi kalau dilihat dari tahun 2011 - 2016 jumlah kematian yang disebabkan AIDS cenderung meningkat, dan data 2017 di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam berjumlah 1266 kasus.*

Penyakit HIV/AIDS telah menimbulkan masalah yang cukup luas terhadap individu yang terinfeksi yang meliputi masalah fisik, sosial, emosional. Masalah emosional terbesar yang dihadapi ODHA salah satunya adalah depresi (Hapsari E, 2016). Depresi adalah suatu keadaan kesedihan dan ketidak bahagiaan. Depresi merupakan gangguan mental yang sering terjadi ditengah masyarakat. Berawal dari stress yang tidak diatasi, maka seseorang bisa jatuh ke fase depresi (Lumongga N, 2016). Depresi yang berkelanjutan akan menyebabkan penurunan kondisi secara fisik dan mental, sehingga dapat menyebabkan seseorang malas untuk melakukan aktivitas *self care* harian secara rutin, sebagai akibatnya akan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup ODHA (Hapsari E, 2016).

Penelitian yang dilakukan di India menunjukkan bahwa pasien HIV/AIDS dengan status perkawinan bercerai memiliki angka depresi yang cukup tinggi dibandingkan yang belum menikah dan sudah menikah. Hal ini dikarenakan kurangnya dukungan dari keluarga dekat. Penderita HIV/AIDS yang mengalami depresi cenderung akan melakukan bunuh diri terutama pada saat awal mengetahui terinfeksi HIV sebagai

suatu respon *impulsive* dari gejala emosinya, juga resiko bunuh diri akan meningkat pada saat penyakit berlanjut yang menyebabkan kemampuan fisik dan mental makin menurun (Departemen Kesehatan RI, 2014 dalam Yaunin, 2013). Namun, saat ini pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien HIV/AIDS cenderung masih berfokus pada masalah fisik saja. Padahal masalah psikososial yang dialami penderita HIV/AIDS adakalanya lebih berat daripada beban fisiknya (Sarwono, 2008 dalam Kusuma H, 2011). Oleh karena itu, penanganan pasien ini tidak hanya berfokus pada masalah fisik namun juga masalah psikososial khususnya masalah depresi yang mayoritas dialami ODHA dan dapat berdampak pada masalah yang lebih luas yaitu penurunan kualitas hidup (Abiodun, et al, 2010 dalam Kusuma H, 2011).

Kualitas hidup merupakan konsep yang luas meliputi bagaimana individu mengukur kebaikan dari beberapa aspek kehidupan (Laurensius Arliman S, 2017) yang meliputi reaksi emosional individu dalam peristiwa kehidupan, disposisi, kepuasan hidup, kepuasan dengan pekerjaan dan hubungan pribadi (Diener, Theofilou, 2013 dalam FN Millah - 2016). Sedangkan menurut (Pohan, 2006 dalam Novita S, 2014), faktor-faktor yang mempengaruhi (*Quality Of Llife*) QOL : Ko-Infeksi, terapi antiretroviral, dukungan sosial, jumlah CD4, kepatuhan pengobatan, pekerjaan, gender, gejala, depresi dan dukungan keluarga. Infeksi oportunistik telah terbukti menyebabkan kematian lebih dari 90% pasien dengan AIDS. Infeksi oportunistik yang paling umum pada pasien baru dengan AIDS adalah kandidiasis, di ikuti oleh tuberkulosis dan infeksi oportunistik Lain Seperti Infeksi Jamur, Herpes, Toksoplasmosis Dan Cytomegalovirus (CMV). Pengetahuan Tentang Spektrum Klinis AIDS Menunjukkan Bahwa Infeksi Oportunistik Terkait Dengan Jumlah Sel CD4.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara depresi dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS di Poliklinik VCT Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh dengan nilai P-value = 0,001 (Mardica IMC, 2016). Peneliti melakukan presurvey di Rumah Sakit Santa Elisabet Batam tanggal 28 Mei 2018 diperoleh data dari *medical Record* jumlah setiap bulannya adalah pasien HIV/AIDS yang berkunjung ke Rumah Sakit dari Januari sebanyak 110 orang, Februari sebanyak 121 orang, Maret sebanyak 127 orang, April sebanyak 122 orang dan bulan Mei sebanyak 152 orang. Jumlah dari Januari - Mei 2018 sebanyak 632 orang, dari data diatas yang rutin melakukan kunjungan setiap bulannya berjumlah 30 orang. Dari latar belakang diatas, peneliti tertarik melakukan penelitian tentang “Hubungan Tingkat Depresi Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita HIV/AIDS di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2018.

B. Metodologi Penelitian

Independen pada penelitian ini adalah Tingkat Depresi. Sedangkan variabel dependen pada penelitian ini adalah Kualitas Hidup. desain penelitian analitik observasional dengan pendekatan *Cross Sectional* (potong lintang) yang bertujuan melihat hubungan variabel independen dan variabel dependen pada waktu yang sama. Dengan demikian penelitian ini tidak mencari maksud sebab akibat secara nyata dan langsung, tetapi melihat ada tidaknya hubungan variabel independen dan variabel dependen. Populasi dalam penelitian ini adalah semua penderita aktif berobat di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam. Adapun teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan teknik *total sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dengan semua anggota populasi dijadikan sebagai sampel. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 30 responden. Lokasi dan waktu penelitian ini dilakukan di

Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam pada bulan Juni-Juli 2018. Alat pengumpulan data dalam penelitian ini baik variabel Tingkat Depresi dan Kualitas Hidup tubuh menggunakan lembar Kuesioner. Analisa data penelitian ini menggunakan uji *chi square*.

C. Hasil Penelitian

Hasil penelitian tentang hubungan tingkat depresi dengan kualitas hidup pada penderita HIV/AIDS Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2018, menjelaskan analisa univariat dan analisa bivariat.

analisa univariat menjelaskan distribusi frekuensi dari variabel-variabel independent yaitu depresi, dan kualitas hidup analisa bivariat menjelaskan hubungan tingkat depresi dengan kualitas hidup pada penderita HIV/AIDS. Penelitian dilaksanakan tanggal 26 juni sampai 17 juli 2018.

Tabel 4.1.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Depresi

Variabel	Kategori	N	Persentasi
Depresi	Normal	20	66,7%
	Ringan	8	26,7%
	Sedang	1	3,3%
	Berat	1	3,3%
Total		30	100%

Berdasarkan hasil tabel diatas dapat dijelaskan dari 30 orang penderita HIV/AIDS, responden diperoleh hasil, tingkat depresi penderita HIV/AIDS yang normal sebanyak 20 orang pasien (66,7%), yang memiliki tingkat depresi yang ringan sebanyak 8 orang (26,7%), yang sedang sebanyak 1 orang pasien (3,3%), dan yang berat sebanyak 1 orang pasien (3,3%).

Tabel 4.1.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup

Variabel	Kategori	N	Persentasi
Kualitas Hidup	Baik	12	40%
	Kurang Baik	18	60%
Total		30	100%

Berdasarkan hasil tabel diatas dapat dijelaskan dari 30 orang penderita HIV/AIDS, responden diperoleh hasil, kualitas hidup penderita HIV/AIDS yang baik sebanyak 12 orang pasien (40%), sedangkan yang memiliki kualitas hidup yang kurang baik sebanyak 18 orang (60%).

Analisa Bivariat

Dalam analisa bivariat peneliti menggunakan uji statistik dengan *Chi-Square* dimana peneliti ingin melihat hubungan tingkat depresi dengan kualitas hidup pada penderita HIV/AIDS Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2018. Apabila diperoleh nilai *p value* < 0,05 maka H_0 ditolak, berarti ada hubungan variabel independen dengan variabel dependen. Begitu sebaliknya bila *p value* \geq 0,05 maka H_0 diterima, berarti tidak ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.

Tabel 4.2.1 Hubungan Tingkat Depresi Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita HIV/AIDS Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2018

Berdasarkan tabel diatas diperoleh hasil hubungan antara tingkat depresi dengan

Variabel Independen	Kualitas Hidup				Total		p value
	Baik		Kurang Baik		N	%	
	N	%	N	%			
Depresi: Normal	11	36,7	9	30	20	66,7	0,025
Ringan	0	0,0	8	26,7	8	26,7	
Sedang	1	3,3	0	0,0	1	3,3	
Berat	0	0,0	1	3,3	1	3,3	
Total	12	40	18	60	30	100	

Kualitas hidup pada penderita HIV/AIDS dengan berkategori depresi normal dengan kualitas hidup yang baik sebanyak 11 orang (36,7%) dari 12 pasien, sedangkan untuk kualitas hidup yang kurang baik sebanyak 9 orang (30%) dari 18 pasien. Untuk hubungan depresi ringan dengan kualitas hidup yang baik diperoleh hasil sebanyak 0 orang (0,0%) dari 11 orang, sedangkan pasien yang memiliki kualitas hidup yang kurang baik sebanyak 8 orang (26,7%) dari 18 pasien. Untuk hubungan depresi sedang dengan kualitas hidup yang baik diperoleh hasil sebanyak 1 orang (3,3%) dari 12 orang, sedangkan pasien yang memiliki kualitas hidup yang kurang baik sebanyak 0 orang (0,0%) dari 18 pasien. Sedangkan hubungan depresi berat dengan kualitas hidup yang baik diperoleh hasil sebanyak 0 orang (0,0%) dari 12 orang, sedangkan pasien yang memiliki hidup pasien yang kurang baik sebanyak 1 orang (3,3%) dari 18 pasien. Hasil uji statistik dengan *Chi-Square* diperoleh nilai $p\ value = 0,025 < 0,05$ artinya dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada penderita HIV/AIDS di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2018.

Berdasarkan hasil tabel 4.1.1 dijelaskan dari 30 orang penderita HIV/AIDS, responden diperoleh hasil, tingkat depresi penderita HIV/AIDS yang terbanyak adalah depresi normal sebanyak 20 orang pasien (66,7%). Hasil penelitian yang dikemukakan oleh Elyana Hapsari (2016) dengan judul hubungan tingkat depresi dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS di RSUP dr. Kariadi Semarang diperoleh hasil tidak depresi sebanyak 50 orang (53%), depresi ringan sebanyak 18 orang (19%), depresi sedang 13 orang (14%), dan depresi berat 14 orang (14%).

Sedangkan penelitian menurut Mardika (2015), menunjukkan bahwa responden yang mengalami depresi ringan sebanyak 3 orang (10%), depresi sedang 9 orang (30%) dan yang mengalami depresi berat sebanyak 18 orang (60%) pasien HIV/AIDS mengalami depresi berat. Menurut Hawari (2011) dalam Mardika (2015), Depresi adalah suatu kesedihan atau perasaan duka yang berkepanjangan yang ditandai dengan kemurungan, kesedihan mendalam dan berkelanjutan yang berdampak pada hilangnya gairah hidup, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian tetap utuh, dan perilaku dapat terganggu tetapi dalam batas-batas normal.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori dan hasil penelitian terdahulu, bahwa sebagian besar responden atau penderita HIV/AIDS memiliki tingkat depresi yang

normal 20 orang (66,7%) hal ini disebabkan tingginya dukungan keluarga, perhatian teman, serta penderita aktif menjalani pengobatan dan selalu diberikan motivasi terhadap penderita. Sedangkan sebagian kecil responden memiliki tingkat depresi ringan dan berat berjumlah 1 orang (3,3%) hal ini terjadi karena munculnya rasa putus asa akan kondisinya makin hari makin memburuk ditambah lagi perasaan diri diabaikan oleh keluarga. Hasil penelitian pada tabel 4.1.2 diatas dapat dijelaskan dari 30 orang penderita HIV/AIDS, responden diperoleh hasil, kualitas hidup yang baik sebanyak 12 orang pasien (40%), sedangkan yang memiliki kualitas hidup yang kurang baik sebanyak 18 orang (60%). Hasil penelitian yang dikemukakan oleh Mardika (2015), untuk kualitas hidup penderita HIV/AIDS menunjukkan bahwa ada 19 orang (63,3%) pasien HIV/AIDS mempersepsikan kualitas hidupnya buruk, dan 11 orang memiliki kualitas hidup Baik (63,3%).

Menurut WHO dalam Putri KN (2015), kualitas hidup menurut sebagai persepsi individu sebagai laki-laki atau wanita dalam hidup, ditinjau dari konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan berhubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan dan perhatian mereka. Sedangkan menurut Diener, Theofilou, 2013 dalam. Kesejahteraan psikologis atau emosional adalah kemampuan seseorang untuk menciptakan perasaan senang dan puas terhadap suatu peristiwa atau kejadian yang dialami dalam kehidupan seseorang sehingga terhindar dari timbulnya masalah-masalah psikologis. Kondisi emosional ODHA yang tidak stabil karena adanya berbagai keterbatasan membuat ODHA merasa frustrasi atau kecewa dan akhirnya menimbulkan masalah depresi. Selain masalah depresi yang merupakan masalah psikologis terbesar pada ODHA adalah kecemasan, paranoid, mania, iritabel, psikosi, dan penggunaan obat-obatan. Berbagai masalah psikologis ini akan mempengaruhi kemampuan ODHA untuk berpartisipasi secara penuh dalam pengobatan dan perawatan dirinya sehingga akan berdampak terhadap kualitas hidup ODHA (Stuart dan Laraia, 2001 dalam Agustianti, 2006).

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori dan hasil penelitian terdahulu diatas bahwa sebagian besar reponden atau penderita HIV/AIDS memiliki kualitas hidup yang kurang baik sebanyak 18 orang (60%) hal ini disebabkan kurangnya dukungan dan perhatian keluarga serta timbulnya masalah dalam dimensi fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan, terhadap penderita HIV/AIDS. Sedangkan sebagian kecil responden memiliki kualitas hidup yang baik sebanyak 12 orang (40%) hal ini terjadi karena dukungan keluarga tidak ada masalah fisik yang terganggu, maupun psikologis, sosial dan lingkungan terhadap penderita HIV/AIDS sehingga pasien merasa dirinya lebih berharga dan menjalankan kesehariannya seperti biasanya tanpa merasa dirinya diperlakukan tidak baik.

Hubungan yang Signifikan Antara Tingkat Depresi Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita HIV/AIDS Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2018

Hasil uji statistik yang dipaparkan pada tabel 4.1.3 hasil uji dengan *Chi-Square* diperoleh nilai $p\ value = 0,025 < 0,05$ artinya dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada penderita HIV/AIDS di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2018. HIV adalah penyakit yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* yang menyerang kekebalan tubuh manusia, sedangkan AIDS adalah tahap lanjutan dari HIV dan merupakan kumpulan dari beberapa gejala akibat dari menurunnya sistem imun, dan penyebab AIDS itu sendiri disebabkan oleh Virus yang disebut HIV.

Menurut Lumongga N (2016) depresi adalah suatu keadaan kesedihan dan ketidakbahagiaan. Depresi merupakan gangguan mental yang sering terjadi di tengah masyarakat. Berawal dari stres yang tidak diatasi, maka seseorang bisa jatuh ke fase depresi. Sedangkan terjadinya depresi pada pasien sedih/berkabung mengesampingkan marah dan pertahanannya serta mulai mengatasi kehilangan secara konstruktif. Pasien mencoba perilaku baru yang konsisten dengan keterbatasan baru. Tingkat emosional adalah kesedihan, tidak berdaya, tidak ada harapan, bersalah, penyesalan yang dalam, kesepian dan waktu untuk menangis berguna pada saat ini. Perilaku fase ini termasuk mengatakan ketakutan akan masa depan, bertanya peran baru dalam keluarga intensitas depresi tergantung pada makna dan beratnya penyakit (Netty, 1999 dalam Nursalam, 2007).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wiwin Martiningsih (2015) menunjukkan bahwa penderita HIV/AIDS yang memiliki dukungan keluarga diperoleh berdasarkan kuesioner dan data tingkat depresi berdasar *The Zung Self-Rating Depression Scale*. Diperoleh data bahwa 94,1% responden memiliki dukungan keluarga yang supportif dan 97,1% responden tidak mengalami depresi. Menurut Diener, Theofilou, (2013) dalam FN Millah - (2016), kualitas hidup merupakan konsep yang luas meliputi bagaimana individu mengukur kebaikan dari beberapa aspek kehidupan yang meliputi reaksi emosional individu dalam peristiwa kehidupan, disposisi, kepuasan hidup, kepuasan dengan pekerjaan dan hubungan pribadi. Pada pasien HIV/AIDS terjadi penurunan kualitas hidup dapat disebabkan oleh beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi (*Quality Of Life*) QOL: Ko-Infeksi, terapi antiretroviral, dukungan sosial, jumlah CD4, kepatuhan pengobatan, pekerjaan, gender, gejala, depresi dan dukungan keluarga. Infeksi oportunistik telah terbukti menyebabkan kematian lebih dari 90% pasien dengan AIDS. Infeksi oportunistik yang paling umum pada pasien baru dengan AIDS adalah kandidiasis, di ikuti oleh tuberkulosis dan infeksi oportunistik Lain Seperti Infeksi Jamur, Herpes, Toksoplasmosis dan Cytomegalovirus (CMV). Pengetahuan Tentang Spektrum Klinis AIDS Menunjukkan Bahwa Infeksi Oportunistik Terkait Dengan Jumlah Sel CD4 (Pohan, 2006).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Mardika (2015), yang berjudul hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS dipoliklinik VCT RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh, nalisa bivariat dengan uji statistik *Chi-square*. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara depresi dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS di Poliklinik VCT Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh (P value = 0,001). Kesimpulan dari penelitian ini yaitu, ada hubungan antara depresi dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS di Poliklinik VCT Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. Hasil penelitian ini sejalan dengan teori dan hasil penelitian terdahulu diatas bahwa, terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada penderita HIV/AIDS di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2018, hal ini disebabkan karena sebagian besar reponden atau penderita HIV/AIDS memiliki kualitas hidup yang baik dan dapat mengontrol tingkat depresi yang dialaminya terbukti dari 30 responden hanya 1 orang (3,3%) saja yang mengalami depresi sedang dan berat, hal ini disebabkan peran aktifnya keluarga dan memberikan dukungan dan perhatian serta partisipasi yang di berikan pada setiap responden yang menderita HIV/AIDS. Untuk sedangkan pasien yang tidak depresi memiliki kualitas hidup yang kurang sebanyak 9 orang (30%) dan depresi ringan memiliki kualitas hidup yang kuran sebanyak 8 orang (26,7%), hal ini terjadi karena

merasa proses pengobatan yang dijalankan terlalu lama dan tidak boleh putus, hal tersebut yang membuat beberapa orang yang tidak stres ini putus asa dalam menjalani pengobatannya. Selain itu sebagian besar respondenpun merasa dirinya berharga dan keluarganya pun tidak membedakan dalam memberikan perlakuan hal ini yang membuat dan responden merasa dirinya atau kualitas hidupnya menjadi baik.

D. Penutup

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan tentang hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada penderita HIV/AIDS di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2018, maka peneliti menarik beberapa kesimpulan antara lain: Distribusi frekuensi tingkat depresi penderita HIV/AIDS yang terbanyak adalah normal sebanyak 20 orang pasien (66,7%). Distribusi frekuensi kualitas hidup penderita HIV/AIDS yang terbanyak adalah kurang baik sebanyak 18 orang (60%). Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup dengan nilai *p value* $0,025 < 0,05$.

Bagi Institusi Pendidikan Universitas Batam, Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan tambahan informasi tentang tingkat depresi dengan kualitas hidup pada penderita HIV/AIDS. Bagi Responden, Penelitian ini diharapkan menjadi bahan masukan dan tambahan informasi terkait depresi dengan kualitas hidup penderita HIV/AIDS, dan responden selalu dapat mengontrol tingkat depresinya dan meningkatkan kualitas hidupnya. Bagi Rumah Sakit Santa Elisabeth, Diharapkan memberikan tambahan Informasi dalam setiap kunjungan cara mengatasi tingkat depresi serta memberi informasi, cara meningkatkan kualitas hidup yang baik bagi penderita HIV/AIDS itu dalam segi dimensi fisik, psikologis, sosial, maupun lingkungan. Bagi Peneliti Selanjutnya, Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai tambahan Informasi dalam meneliti, tingkat depresi dengan kualitas hidup pada penderita HIV/AIDS dengan variabel yang lainnya yaitu variabel harapan hidup pada penderita HIV/AIDS.

Daftar Pustaka

- Abrori, (2017). Infeksi Menular Seksual. Pontianak: UM Pontianak Pers
- Ardhiyanti, Yulrina, (2015). Bahan Ajar AIDS pada Asuhan Kebidanan. Yogyakarta: Deepublish
- Dewanto G, et al (2009). Panduan Praktis diagnosis & tata laksana penyakit Syaraf. Jakarta: EGC
- Depkes, (2006). Situasi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 1987 - 2006. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Depkes RI
- Hapsari E, (2016). Hubungan Tingkat Depresi dengan Kualitas Hidup Pasien HIV DI RSUP DR. Karjadi Semarang.
- Kemenkes RI. (2012). Laporan Perkembangan HIV-AIDS & PIMS Di Indonesia Januari - Maret 2017. Jakarta : Kemenkes RI
- Kemenkes RI. (2016). Laporan Situasi Perkembangan HIV & AIDS Di Indonesia Januari - Maret 2016. Jakarta : Kemenkes RI
- Kemenkes RI. (2017). Laporan Situasi HIV-AIDS Triwulan I Tahun 2017. Jakarta : Kemenkes RI
- Laurensius Arliman S (2014) Perlindungan Hak Anak Dalam Memperoleh Pelayanan Kesehatan, Jurnal Advokasi, Volume 5, Nomor 1.

- Laurensius Arliman S, *Pertanggung Jawaban Dokter Dalam Hukum Kesehatan (Tinjauan Terhadap Dokter Coass Dan Residen)*, Jurnal Advokasi, Volume 8, Nomor 1, 2017.
- Lumongga L, (2009). *Depresi Tinjauan Psikologis*. Jakarta: Kencana Pradana
- Madika, (2016). Hubungan Depresi dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS Di Poliklinik VCT RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh.
- Novianti DS, (2014). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penderita HIV yang Menjalani Rawat Jalan di *Care Supportand Treatment (CST)* Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Kota Pontianak.
- Notoatmodjo Suekidjo, (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam, (2007). *Asuhan keperawatan asien dengan Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika
- Rumengan J, (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan Penuntun Praktis Bagi Pemula*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press
- Setiadi.(2008). *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Yayasan Sipirisia (2014). *Depresi*. Jakarta: The AIDS InfoNet
- Yayasan Sipirida, (2015). *Lembar Informasi tentang HIV dan AIDS untuk Orang Hidup dengan HIV (ODHA)*
- Yaunin Y, (2013). Kejadian Gangguan Depresi pada Penderita HIV/AIDS yang Mengunjungi Poli VCT RSUD Dr. M. Djamil Padang Periode Januari - September 2013.
- Yuslinda, (2013). Kejadian Gangguan Depresi pada Penderita HIV/AIDS yang Mengunjungi Poli VCT RSUD Dr. M. Djamil Padang Periode Januari - September 2013.
- Yulrina Ardhiyanti & N Lusiana, Mega S, (2015). *AIDS pada Asuhan Kebidanan*. Ed.1. Cet. 1. Yogyakarta: Deepublish.

HUBUNGAN DUKUNGAN PSIKOSOSIAL KELUARGA DENGAN TINGKAT STRES PASIEN HIV/AIDS

Pria Wahyu Romadhon Girianto¹, Wiwik²

¹Prodi S1 Keperawatan STIKES Karya Husada Kediri

²RSUD Kabupaten Kediri

Jl. Manila 37 Pesantren Kediri Jawa Timur

email : priawahyu88@gmail.com

Abstract : HIV/AIDS was one of psychosocial stressors in a person's life, because the disease was classified as chronic. The aims to determine the correlation between family support and HIV/AIDS patient stress level in Melati Ward Kediri General Hospital. Design was used correlation analytic with cross sectional approach. 20 respondents was taken by accidental sampling technique. Data were analyzed with Spearman rank test α 0.05. The results showed nearly all respondents 80.0% less to get psychological support from family, and nearly half of the respondents 30.0% with moderate stress levels. Spearman rank test was obtained p value =0.024 that means there is a correlation between family support and HIV/AIDS patient stress level. Correlation coefficient was moderate ($r = -0.503$) with a negative direction. The level of stress on HIV/AIDS patient depends on their family support. The family as a support system of HIV/AIDS patient should be provide both moriil and material support to prevent high level of stress on HIV/AIDS.

Keywords : family support, stress levels, HIV/AIDS

Abstrak : Penyakit HIV/AIDS merupakan salah satu stressor psikososial dalam kehidupan seseorang, karena penyakit ini tergolong kronis. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan tingkat stres pasien HIV/AIDS di Ruang Melati RSUD Kab Kediri. Desain penelitian menggunakan analitik korelasional dengan pendekatan *cross Sectional*. Didapatkan sampel 20 respondenden dengan teknik *accidental sampling*. Data di analisis dengan uji *rank spearman* dengan $\alpha = 0,05$. Hasil penelitian menunjukkan hampir seluruh responden (80%) kurang mendapatkan dukungan psikososial dari keluarga dan hampir setengah responden 30,0% dengan tingkat stress sedang. Hasil uji statistik diperoleh p value = 0,024 artinya ada hubungan dukungan psikososial keluarga dengan tingkat stres pada HIV/AIDS dengan nilai kekuatan hubungan sedang dan arah negative ($r = -0,503$). Tingkat stress pasien HIV tergantung padakoping masing-masing individu, dan dukungan keluarga hanya dapat sedikit membantu meringankan beban pasien. Keluarga sebagai pendamping terdekat pasien harus selalu siap memberikan bantuan baik moriil maupun materiil.

Kata kunci : dukungan keluarga, tingkat stres, HIV/AIDS

PENDAHULUAN

AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) adalah sekumpulan gejala dan infeksi yang timbul karena rusaknya system kekebalan tubuh akibat infeksi virus HIV(*Human Immunodeficiency Virus*). Virus tersebut mengakibatkan penurunan dan kerusakan sistem kekebalan tubuh, sehingga orang yang terinfeksi akan menjadi rentan terhadap berbagai macam penyakit (Kusuma, 2011). Penyakit ini menjadi pandemi di seluruh dunia. Hampir semua negara menyumbangkan angka kejadian penyakit HIV/AIDS (Kemenkes, 2013). Menurut data WHO (2014), total kasus infeksi HIV di akhir tahun 2012 mencapai 75 juta orang. Data WHO juga

menunjukkan 0,8% orang dewasa (15-49 tahun) diseluruh dunia hidup dengan HIV.

Data dari UNAIDS (2013) menyebutkan 4,9 juta penduduk Asia Pasifik dinyatakan telah terinfeksi HIV di tahun 2012. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan (Ditjen PP&PL) melaporkan sejak tahun 1987 sampai dengan 2013 penderita yang terinfeksi HIV sebanyak 127.416 penderita, kasus AIDS yang ditemukan sebanyak 52.348 penderita dan jumlah kematian akibat HIV/AIDS sebanyak 9.587 penderita (Kemenkes, 2013). Jumlah penderita HIV di Jawa Timur yang ditemukan sampai

dengan tahun 2013 sebanyak 6.963 penderita, sedangkan jumlah penderita AIDS sebanyak 1.042 penderita dengan jumlah kematian sebanyak 1.111 orang (Kemenkes, 2013). Di Kabupaten Kediri jumlah kunjungan pasien HIV *di poli VCT* RSUD Kabupaten Kediri sebanyak 659 pasien tercatat mulai Juni 2008 sampai dengan Juni 2016 (Rekam Medis RSUD Pare, 2016).

Tingginya pertumbuhan HIV AIDS di Indonesia dihubungkan oleh 3 hal, yaitu meningkatnya pengguna narkoba suntik, maraknya seks bebas dan kelahiran bayi oleh ibu yang terinfeksi HIV (Kemenkes, 2013). Penyakit HIV/AIDS menimbulkan masalah yang cukup luas, baik pada orang yang terinfeksi HIV/AIDS (ODHA) maupun orang yang hidup dengan penderita HIV / AIDS (OHIDA). Masalah yang muncul adalah masalah fisik, sosial dan emosional. Masalah emosional berkaitan dengan gangguan psikologis seperti cemas, stres, depresi maupun gangguan emosional lainnya.

Di Indonesia, 60% ODHA yang ditemukan mengalami depresi (Spiritia, 2013). Kondisi fisik yang memburuk, ancaman kematian, serta tekanan sosial yang begitu hebat menyebabkan ODHA cenderung mengalami masalah emosional yaitu depresi (Darwin, 2014). Di Indonesia dari hasil penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Iskandar (Darwin, 2014) pada 6 orang pasien HIV / AIDS di Jakarta didapatkan keseluruhan informan mengalami depresi. Hasil studi ini juga didukung oleh penemuan Carter (Vitriawan, 2007), sebagian besar pasien HIV / AIDS Sekitar 72% mengatakan mereka mengalami depresi, 65% mengalami kegelisahan, dan 48% insomnia.

Untuk penderita HIV/AIDS di Ruang Melati dalam 3 bulan ini semakin meningkat dari bulan Juni 8 penderita, Juli 9 penderita dan Agustus 12 penderita. Hasil studi pendahuluan terhadap 5 orang didapatkan 3 pasien mengalami stres sedang (60%) dan ada 2 pasien (40%) yang mengalami stres berat (Studi Pendahuluan, 20 Agustus 2016). Melihat tingginya prevalensi stres di atas maka masalah HIV/AIDS saat ini bukan hanya penyakit menular semata, tetapi sudah menjadi masalah kesehatan

masyarakat yang sangat luas. Ketika individu dinyatakan terinfeksi HIV, sebagian besar menunjukkan perubahan karakteristik psikososial yaitu hidup dalam stres, depresi, merasa kurang dukungan dan perubahan perilaku. Stres pada penderita HIV/AIDS akan semakin memperburuk kondisinya. Dampak psikososial pada pasien HIV/AIDS pada awalnya belum muncul gejala, stres masih ringan. Tetapi seiring dengan berjalannya waktu dimana fungsi imun semakin turun dan mulai ada tanda yang berhubungan dengan HIV seperti ruam kulit, penurunan berat badan, sesak nafas, dan sebagainya maka pasien akan semakin meningkat stresnya, semakin cemas dan depresi. Mungkin pula disertai dengan gagasan bunuh diri, gangguan tidur dan sebagainya (Muhammad Baitul Alim, 2010). Oleh karena itu, penanganan tidak hanya dari segi medis tetapi melibatkan aspek psikososial agar ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) mampu beradaptasi akibat kesedihan, kegelisahan dan depresi yang dialaminya (Djoerban dalam Darwin, 2014).

Dukungan psikososial adalah suatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya, sehingga seseorang akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikannya, melayani dan mencintai (Darwin, 2014). Dukungan psikososial yang diberikan dapat berupa informasi atau nasihat verbal atau non verbal, bantuan nyata, atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial. Selain itu, dukungan sosial bisa didapat karena kehadiran mereka mempunyai manfaat secara emosional serta memberikan efek perilaku bagi pihak penerima. Sumber dukungan psikososial dapat diperoleh dari keluarga, pasangan hidup, teman atau sahabat, tenaga kesehatan maupun jaringan sosial. Dukungan psikososial pada ODHA dapat mempengaruhi kondisi fisik, mental, sosial dan perilaku sehat serta kualitas hidup. Dampak lain dukungan sosial adalah dapat mempengaruhi kepatuhan ODHA dalam menjalani pengobatan ARV, mampu membantu seseorang mengurangi masalah kesehatan yang lebih serius. Dampak lain dukungan psikososial adalah dapat me-

nurunkan stres dan angka kematian, terutama pada penyakit kardiovaskular, neuroendokrin dan penyakit auto immune (Kusuma, 2011). Peran perawat dalam hal ini adalah memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif, baik pemenuhan kebutuhan fisik maupun psikososial atau mental pasien.

Berdasarkan permasalahan di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang "Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Tingkat Stres pada Pasien HIV/AIDS di Ruang Melati RSUD Kabupaten Kediri".

METODE PENELITIAN

Desain penelitian korelasional analitik. Pendekatan yang digunakan adalah *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah pasien yang sedang menjalani rawat inap di ruang Melati RSUD Kabupaten Kediri sebanyak 20 pasien, dengan teknik *Accidental Sampling*. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah pasien dengan diagnose HIV/AIDS positif, pasien HIV/AIDS di Ruang Melati RSUD Kabupaten Kediri yang bisa membaca dan menulis, pasien HIV/AIDS yang bersedia menanda-

tangani *informed consent*, pasien yang di tunggu oleh keluarga yang tinggal satu rumah, dan pasien yang berumur 20 - 55 tahun. Dengan Kriteria eksklusi pasien HIV/AIDS di yang sudah mengalami depresi dan yang secara medis tidak bisa dijadikan responden dalam penelitian (seperti : SOL, Meningitis, Delirium, Malnutrisi berat). Teknik pengumpulan data dengan instrument berupa kuesioner untuk mengukur dukungan psikososial keluarga dan tingkat stress.

HASIL PENELITIAN

Data hasil penelitian didapatkan hampir seluruh responden (80%) yakni 16 responden kurang mendapatkan dukungan dari keluarga, 10% dukungan cukup dan kurang

Berdasarkan data Tingkat Stress Pasien HIV di Ruang Melati RSUD Kabupaten Kediri, hampir setengah responden (30%) yakni 6 responden dengan tingkat stress sedang, 25% stress ringan dan stress berat, 15% stress sangat berat dan hanya 5% yang tidak ada gejala.

Tabel 1 Tabulasi Silang Dukungan Keluarga dengan Tingkat Stress Pasien HIV di Ruang Melati RSUD Kabupaten Kediri

Dukungan Keluarga	Tidak ada gejala		Tingkat Stress Pasien HIV									
			Stres ringan		Stres Sedang		Stres Berat		Stres Sangat Berat		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Kurang	0	0,0	3	18,8	5	31,2	5	31,2	3	18,8	16	100
Cukup	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100
Baik	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	2	100
Total	1	5,0	5	25,0	6	30,0	5	25,0	3	15,0	20	100

$\alpha = 0,05$ $\rho = 0,024$ Nilai *coefficient Correlation* = -0,503

Berdasarkan tabel tersebut diketahui bahwa responden yang mendapatkan dukungan kurang hampir setengah responden (31,2%) mengalami tingkat stress sedang dan berat, yang mendapatkan dukungan keluarga cukup setengahnya (50%) mengalami tingkat stress ringan dan tidak ada gejala, sedangkan pada responden yang mendapatkan dukungan baik setengahnya (50%) mengalami stress ringan dan sedang.

Hasil analisis data menggunakan Uji Spearman Rank didapatkan *p-value* = 0,024 dengan $\alpha = 0,05$, sehingga H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan ada hubungan dukungan psikosisal keluarga dengan tingkat stress pasien HIV. Nilai *coefficient correlation* (*r*) sebesar -0,503 artinya kekuatan hubungan termasuk kategori sedang. *coefficient correlation* (*r*) negatif artinya semakin baik dukungan keluargamaka semakin rendah tingkat stress pasien HIV, begitu juga sebaliknya

jika kurang dukungan psikososial keluarga maka semakin tinggi tingkat stress pasien.

PEMBAHASAN

Identifikasi Dukungan Keluarga Kepada Pasien HIV di Ruang Melati RSUD Kabupaten Kediri

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir seluruh responden 80,0% kurang mendapatkan dukungan dari keluarga. Menghadapi berbagai masalah terkait penyakit HIV / AIDS, dalam hal ini responden sangat membutuhkan dukungan dari keluarga yang akan meningkatkan harapan dan kualitas hidupnya. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan Laserman & Perkins (2001) dalam Kusuma (2011), dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh orang dengan HIV / AIDS sebagai sistem pendukung utama sehingga dapat mengembangkan respon coping yang efektif untuk beradaptasi dengan baik dalam menangani stresor yang dihadapi terkait penyakitnya baik fisik, psikologis maupun sosial. Perawatan di rumah merupakan kesinambungan dari perawatan di rumah sakit. Perawatan di rumah adalah perawatan yang diberikan kepada pasien di tempat tinggalnya sendiri, mencakup perawatan fisik dasar, dukungan psikososial, dan aktivitas spiritual. Perawatan ini bisa dilakukan oleh pasien sendiri atau keluarga.

Pada penelitian ini didapatkan bahwa responden merasa orang yang paling dekat dan berharga bagi kehidupannya adalah keluarga termasuk orang tua, pasangan serta anggota keluarga lainnya. Keluarga merupakan tempat untuk saling bergantung dan memiliki pengaruh paling besar terhadap pasien. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa hampir seluruh responden 80,0% dengan kriteria dukungan kurang terutama dukungan sosial dan emosional. Hal tersebut disebabkan karena terdapat keluarga yang berespon tidak terima atau menolak terhadap kenyataan bahwa anggota keluarganya didiagnosis HIV / AIDS. Respon Menolaknya keluarga dapat berupa sikap menyangkal (tidak percaya,

kaget / shock, marah) serta depresi (kecewaan, khawatir dan sedih). Keluarga biasanya hanya mengetahui bahwa selama ini kondisi anggota keluarganya baik-baik saja dan tidak melakukan perbuatan yang memiliki resiko terinfeksi HIV/AIDS. Keluarga merasa kecewa dengan yang terjadi pada anggota keluarganya. Keluarga sangat menyayangkan sekali terhadap perilaku buruk yang telah dilakukan anggota keluarganya dan hanya bisa menangis menyesali perbuatan anggota keluarganya sehingga berakibat menderita penyakit HIV/AIDS. Keluarga khawatir jika penyakit HIV/AIDS dapat menular pada anggota keluarga lainnya seperti perlakuan keluarga yang menyarankan pasien untuk dibedakan dalam penggunaan sabun, alat makan dan lain sebagainya.

Identifikasi Tingkat Stres Pasien HIV di Ruang Melati RSUD Kabupaten Kediri

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir setengah responden (30,0%) dengan tingkat stress sedang. Saat seseorang terdiagnosis HIV, cenderung mengalami masalah psikologis yang ditandai dengan menolak, marah, syok, depresi. Saat-saat seperti itu merupakan gejala psikologis yang justru dapat membuat orang tersebut semakin stres dalam menjalani hidup (Depkes RI, 2014). Menurut Stuart & Sundeen (2011), tanda dan gejala yang muncul pada orang dengan gangguan hubungan sosial : menarik diri, terlihat dari tingkah laku klien yaitu : kurang spontan, apatis, ekspresi wajah kurang berseri, afek tumpul, tidak merawat dan memperhatikan kebersihan diri, komunikasi verbal menurun atau tidak ada, mengisolasi diri, tidak atau kurang sadar dengan lingkungan sekitarnya, pemasukan makanan dan minuman terganggu, kurang energi, aktivitas menurun, harga diri rendah, membentuk posisi janin saat tidur, menolak berhubungan dengan orang lain, gairah seksual menurun, dan ragu terhadap keyakinan yang dianut.

Berdasarkan fakta di tempat penelitian bahwasanya masih ada pasien HIV/AIDS yang memiliki tingkat stress yang tinggi. Hal ini dikarenakan mereka merasa diasingkan oleh masyarakat sekitar.

Masyarakat menganggap bahwa seseorang yang terjangkit HIV/AIDS adalah orang yang suka berperilaku tidak baik dan menyalahi aturan baik adat maupun agama. Hal tersebut menyebabkan berbagai permasalahan yang dihadapi ODHA (Orang Dengan HIV / AIDS) seperti menarik diri, gangguan sosialisasi, gangguan peran, kekhawatiran terhadap hubungan dengan pasangan, perubahan gaya hidup, kehilangan semangat akibat adanya pembatasan-pembatasan serta adanya perasaan terisolasi. Temuan dalam penelitian ini bahwa pasien baru terdiagnosa HIV mayoritas berpendidikan dasar, umur pasien masih tergolong produktif serta pekerjaan swasta (sopir, sales dan pekerja pabrik). Pendidikan SD dan SMP termasuk dalam tingkat pendidikan dasar sehingga berdampak pada kurangnya informasi mengenai beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjangkit penyakit HIV. Sedangkan untuk pekerjaan menunjukkan bahwa responden tidak memiliki batas waktu yang ditentukan serta pekerjaan yang jauh dari keluarga terutama istri mengakibatkan terjerumusnya ke pergaulan bebas. Respon menolak dari responden saat didiagnosis HIV/AIDS dapat berupa menyangkal (tidak percaya, kaget/Shock, tidak adil, dan marah), tawar menawar (pengandaian), maupun depresi (menarik diri, khawatir akan masa depan dan perasaan sedih terhadap keadaan yang dialami). Hal tersebut terjadi karena pasien merasa belum siap dan merasa tidak mungkin menderita penyakit HIV / AIDS serta tidak percaya hal ini bisa terjadi pada dirinya.

Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Stres Pasien HIV di Ruang Melati RSUD Kabupaten Kediri

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa dari responden yang mendapatkan dukungan kurang hampir setengah responden (31,2%) mengalami tingkat stress sedang dan berat, yang mendapatkan dukungan keluarga cukup setengahnya (50%) mengalami tingkat stress ringan dan tidak ada gejala, sedangkan pada responden yang mendapatkan dukungan baik setengahnya (50%) mengalami stress ringan dan sedang.

Berdasarkan analisis data menggunakan Uji *Spearman Rank* didapatkan $p\text{-value} = 0,024$ dan $\alpha = 0,05$ sehingga H_0 ditolak, artinya ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat stress pasien HIV. Nilai *Coefficient Correlation (r)* sebesar $-0,503$ artinya kekuatan hubungan termasuk kategori sedang. Hasil *coefficient correlation (r)* adalah negatif artinya semakin baik dukungan keluarga maka semakin rendah tingkat stress pasien HIV, begitu juga sebaliknya jika kurang dukungan keluarga maka semakin tinggi tingkat stressnya. Dalam menghadapi berbagai masalah terkait penyakit HIV/AIDS, pasien sangat membutuhkan dukungan dari keluarga yang akan meningkatkan harapan dan kualitas hidupnya. Hal ini sesuai dengan pernyataan Laserman & Perkins (2001) dalam Kusuma (2011), dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh orang dengan HIV / AIDS sebagai sistem pendukung utama sehingga dapat mengembangkan respon coping yang efektif untuk beradaptasi dengan baik dalam menangani stresor yang dihadapi terkait penyakitnya baik fisik, psikologis maupun sosial. Tanggapan positif dari keluarga dan masyarakat terhadap apa yang dilakukan ODHA akan memberikan perasaan bahwa dirinya berguna atau bermanfaat bagi orang lain. Perasaan tersebut akan menuntunnya pada kesadaran bahwa kehidupannya masih bermakna, meskipun dirinya mengidap HIV/AIDS (Astuti dan Budiyan, 2010). Jika ODHA merasa lebih berguna maka permasalahan psikologis juga dapat dikurangi.

Adanya dukungan sosial dari keluarga akan memberi pengalaman pada individu bahwa dirinya dicintai, dihargai, dan diperhatikan. Perhatian dan dukungan dari orang lain akan menumbuhkan harapan untuk hidup lebih lama, sekaligus dapat mengurangi kecemasan individu. Sebaliknya, kurang atau tidak tersedianya dukungan sosial akan menjadikan individu merasa tidak berharga dan terisolasi. Dukungan sosial sangat diperlukan oleh ODHA agar manajemen psikososial pasien menjadi baik. Dalam penelitian ini, adapun bentuk dukungan keluarga yang dibutuhkan pasien meliputi : dukungan psikososial, dukungan instrumental dan

dukungan informasional. Dukungan psikososial merupakan dukungan yang paling dibutuhkan responden dalam menghadapi penyakit HIV/AIDS yang diderita. Adapun bentuk dukungan psikososial yang dibutuhkan pasien berupa perhatian, semangat/ *support*, kasih sayang, kedamaian. Responden membutuhkan perhatian terhadap konsumsi ARV serta kondisi kesehatannya, sehingga dorongan keluarga akan sangat membantu peningkatan harapan dan kualitas hidupnya. Dukungan berupa perhatian dari keluarga diharapandapat menunjukkan bahwa keluarga masih peduli dan menganggap pasien merupakan bagian dari keluarga, serta mencintainya walaupun saat ini menderita penyakit HIV/AIDS.

Tingkat hubungan yang sedang dalam penelitian ini dikarenakan tingkat stress yang dialami pasien HIV sangat berkaitan erat dengan aspek pasien sendiri. Individu melibatkan usaha - usaha untuk mengatur emosinya untuk menyesuaikan diri dengan dampak yang ditimbulkan oleh situasi tersebut. Responden merasa perasaan bersalah dengan melakukan pengandaian pada dirinya sendiri, jika saja dulunya tidak

melakukan perbuatan yang memiliki resiko tersebut maka tidak akan menderita HIV/AIDS. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tinggi rendahnya tingkat stress pasien HIV semuanya kembali ke diri mereka sendiri, dukungan keluarga hanya dapat sedikit membantu meringankan beban pasien. Pasien HIV harus berusaha sendiri untuk menyesuaikan diri terhadap keluarga maupun lingkungan sekitar.

KESIMPULAN DAN SARAN

Ada hubungan dukungan psikososial keluarga dengan tingkat stres pasien HIV, dengan kekuatan sedang dan arah hubungan negatif. Artinya semakin baik dukungan keluarga maka semakin rendah tingkat stress pasien HIV.

Diharapkan bagi penyediaan layanan kesehatan, memberikan konseling dan melakukan *home care* pasien HIV. Keluarga diharapkan lebih aktif dalam memberikan dukungan terhadap ODHA terutama dalam aspek dukungan psikososial dan dukungan penghargaan berupa perhatian, empati, berbagi perasaan dan menghargai ODHA.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, A. 2007. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta : Salemba Medika.
- Arikunto. 2009. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta:Rineka Cipta
- Ditjen PP&PLKemenkes RI.2013. *Hubungan antara Tingkat Harga Diri dengan Kecemasan Interaksi Sosial pada Remaja dengan Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome(HIV/AIDS)*. <http://sheringtipshidupsehat.co.id>
- Hidayati, Ema. 2011. *Strategi Coping Stress Perempuan dengan HIV/AIDS*. Semarang : Fakultas Dakwah IAIN Walisongo Semarang dan Lakpesdam LDNU Kota Semarang
- Iqrane. 2010. *Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Penerimaan Keluarga Penderita HIV/AIDS terhadap Penderita HIV/AIDS di Rumah Sakit Haji Adam Malik, Medan*. Medan : Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara Medan
- Khasanah. 2015. *Tinjauan Pustaka tentang Penerimaan*. <http://digilib.uinsby.ac.id>
- Kusuma, Heni. 2015. *Hubungan antara Tingkat Harga Diri dengan Kecemasan Interaksi Sosial pada Remaja yang Telah Dinyatakan Positif Menderita Human Immuno deficiency Virus / Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS)*. Jakarta : Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Martha, Davis. 2015. *Panduan Relaksasi dan Reduksi Stres*. Edisi III. Jakarta : EGC
- Masruroh. 2014. *Jurnal Edu Health*. Volume 4. Nomor 1, April 2014. Jombang : Fakultas Ilmu Kesehatan

- Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum Jombang
- Naricu. 2011. *Psikologi Pasien HIV/AIDS dan Kanker*. <http://ch2ymanizzz..co.id>
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nurbani. 2009. *Dukungan Sosial Pada ODHA*. Universitas Gunadarma
- Nursalam. 2008. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan (Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan)*. Surabaya : Salemba Medika
- Paramita. 2014. *Pengaruh Penerimaan Diri terhadap Penyesuaian Diri Penderita Lupus*. Surabaya : Universitas Airlangga
- Purwanto. 2008. *Metode Penelitian Kuantitatif untuk Psikologi dan Pendidikan*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Putri, Rima Novia. 2011. *Hubungan Tingkat Stres Klien DM Tipe 2 dengan Kadar Glukosa Darah di Poliklini Khusus Penyakit Dalam RSUP Dr.M. Djamil Padang Tahun 2009*. Fakultas Keperawatan Universitas Andalas
- Retno. 2016. *Faktor yang Mempengaruhi Stres*. <http://dianhusadaretnoo.co.id>
- Riduwan. 2009. *Belajar Mudah Penelitian untuk Guru – Karyawan dan Peneliti Pemula*. Bandung : Alfa Beta
- Riduwan. 2012. *Dasar-Dasar Statistika*. Bandung : Alfa Beta
- Setiadi, 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Sugiyono. 2008. *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung : Alfabeta
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta
- Ulumuddin. 2011. *Hubungan Tingkat Stres Dengan Kejadian Insomnia Pada Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro*. Semarang : Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
- Utami. 2013. *Hubungan Antara Dukungan Sosial Keluarga dengan Penerimaan Diri Individu yang Mengalami Asma*. Bali : Program Studi Psikologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana sintya_noviana@yahoo.com
- Vitriawan. 2007. *Pengalaman Pasien Pertama Kali Terdiagnosis HIV/AIDS: Studi Fenomenologi dalam Perspektif Keperawatan*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Volume 11, No.1, Maret 2007; hal 6-12
- Widiada, Deny. 2016. *Kuesioner depression Anxiety Stress Scales DASS 42*. www.academia.edu.

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT DEPRESI PASIEN HIV/AIDS (*The Relationship Between Family Support with Depression Levels for HIV/AIDS Patients*)

Wiwin Martiningsih¹, Fransnedo Dhiky Kurnia C¹, Sri Winarni¹

¹Jurusan Keperawatan Poltekkes Malang

email: wiwin_martiningsih@yahoo.co.id

Abstract: AIDS is a collection of specific clinical conditions that are the end result of infection by HIV. This raises the issue of psychiatric illness, namely depression. Depression is what causes the quality of life of patients with HIV / AIDS become less well. To handle this condition needed social support from family. The purposes of this study were to identify family support and levels of depression, and analyzed the correlation between the two variables. This study used correlative as research design. Purposive sampling is used to get samples. The total of study subjects were 34 people who registered in the registration book in January to October 2013, and visited hospitals in Cendana Polyclinic Ngudi Waluyo Hospital Wlingi and included the inclusion criteria. Family support data was obtained base of questionnaire and depression levels was obtained by The Zung Self-Rating Depression Scale questionnaire. Data showed that 94,1% respondents got family support well and 97,1% respondent have not depression symptoms. The correlation between family support with depression levels analyzed using Spearman's rho test with a significance level of $p = 0.000$, showed that the correlation between family support for the patient's level of depression of HIV / AIDS significantly. From this study can be concluded that the respondents with good family support did not experience symptoms of depression. Families need to provide support for its members who suffer from HIV / AIDS in order to prevent depression.

Keywords: Family support, depression, AIDS.

Abstrak: AIDS merupakan suatu kumpulan kondisi klinis tertentu yang merupakan hasil akhir dari infeksi oleh HIV. Penyakit ini menimbulkan masalah psikiatrik, yaitu depresi. Depresi inilah yang menyebabkan kualitas hidup pasien HIV/AIDS menjadi kurang baik. Untuk mengatasinya diperlukan dukungan sosial yang berasal dari keluarga. Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi dukungan keluarga dan tingkat depresi, serta menganalisa hubungan antara kedua variabel tersebut. Desain penelitian yang digunakan adalah korelatif. Teknik dalam mendapatkan sampel menggunakan purposive sampling. Jumlah subyek penelitian 34 orang yang terdaftar dalam buku registrasi pada bulan Januari-Oktober 2013 dan berkunjung di Poli Cendana RSUD Ngudi Waluyo Wlingi yang memenuhi kriteria inklusi. Data dukungan keluarga diperoleh berdasarkan kuesioner dan data tingkat depresi berdasar The Zung Self-Rating Depression Scale. Diperoleh data bahwa 94,1% responden memiliki dukungan keluarga yang supportif dan 97,1% responden tidak mengalami depresi. Hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi diolah menggunakan uji korelasi Spearman rho dengan tingkat kemaknaan $p \leq 0,05$. Didapatkan hasil uji ($p = 0,000$) menunjukkan bahwa korelasi antara dukungan keluarga terhadap tingkat depresi pasien HIV/AIDS bermakna. Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa responden dengan dukungan keluarga baik tidak mengalami gejala depresi. Keluarga perlu memberikan dukungan bagi anggotanya yang menderita HIV/AIDS agar dapat mencegah depresi.

Kata kunci: Dukungan keluarga, depresi, HIV/AIDS

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) adalah suatu kumpulan kondisi klinis tertentu yang merupakan hasil akhir dari infeksi oleh HIV. Penyakit ini telah menarik perhatian komunitas kesehatan karena menyebabkan destruksi progresif fungsi imun yang menyebabkan berbagai jenis infeksi yang secara umum menyebabkan kematian bagi penderitanya. (Price, 2005). Jumlah kumulatif HIV dan AIDS di Indonesia pada tahun 2011 yang dilaporkan sebanyak 77.779 orang dengan jumlah kumulatif kasus AIDS sebanyak 29.879 kasus. Dari sekian banyak kasus HIV/AIDS di Indonesia, pada tahun 2011 Provinsi Jawa Timur menduduki posisi tiga besar prevalensi penyakit HIV/AIDS, dengan jumlah kumulatif kasus HIV sebanyak 9.950 kasus. Berdasarkan laporan kasus AIDS sampai dengan Desember 2011, jumlah kumulatif kasus AIDS sampai dengan tahun 2011 sebanyak 4.598 kasus. (Alisjahbana, 2012). Jumlah tersebut meningkat dibandingkan tahun 2010 dengan jumlah kasus AIDS kumulatif berdasarkan laporan Kabupaten/Kota tahun 2010 sebanyak 4.069 orang dan pada tahun 2009 sebanyak 3.554 orang (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2010). Di Kabupaten Blitar pada tahun 2010 dilaporkan jumlah penderita HIV baru 55 orang, dan 34 orang menderita AIDS, sementara itu pada tahun 2011 jumlah penderita HIV baru, meningkat menjadi 63 orang dengan jumlah penderita AIDS bertambah menjadi 62 orang. Pada tahun 2012 juga ditemukan penderita yang baru terinfeksi HIV berjumlah 46 dengan jumlah AIDS sebanyak 52 orang. Pada tahun 2013 dihitung dari bulan Januari sampai Desember dilaporkan bahwa penderita baru HIV berjumlah 27 dengan jumlah penderita AIDS sebanyak 66 orang (Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar, 2013). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilaksanakan pada tanggal 8 Oktober sampai dengan 30 Nopember 2013 di Poli Cendana RSUD Ngudi Waluyo Wlingi, didapatkan jumlah kunjungan pasien yang positif HIV pada tahun 2012 sejumlah 124 orang dan pada tahun 2013 dihitung dari bulan Januari sampai Oktober berjumlah 111 orang.

Penyakit HIV/AIDS telah menimbulkan masalah yang cukup luas pada individu yang terinfeksi yakni meliputi masalah fisik, sosial dan emosional. Dalam segi sosial pasien HIV/AIDS menghadapi masalah yang memprihatinkan sebagai dampak dari adanya stigma terhadap

penyakit ini. Hal ini disebabkan karena penyakit ini identik dengan perilaku-perilaku tidak bermoral seperti seks bebas, penyalahgunaan narkoba, dan seks sesama jenis (homoseksual), sehingga orang dengan HIV/AIDS dianggap pantas untuk mendapat hukuman akibat perbuatannya tersebut. Selain itu, stigma juga muncul karena pemahaman masyarakat yang kurang terhadap penyakit ini. HIV/AIDS dianggap sebagai penyakit mematikan yang mudah sekali menular melalui kontak sosial biasa seperti halnya bersalaman dan lain sebagainya. Hal ini mengakibatkan pasien HIV/AIDS dikucilkan dan mendapat perilaku diskriminatif dari masyarakat (Purnama & Haryanti, 2006 dalam Kusuma, 2011). Sebagai akibat dari masalah fisik dan sosial pasien HIV/AIDS akan jatuh dalam kondisi psikiatrik terkait infeksi HIV yaitu depresi. (Kaplan, 1994). Dalam penelitian Kusuma (2011) disimpulkan bahwa pasien HIV/AIDS yang mengalami depresi berisiko 10,35 kali memiliki kualitas hidup yang kurang baik. Untuk mengatasi kondisi depresi tersebut diperlukan penatalaksanaan depresi salah satunya dengan dukungan sosial. (Lubis, 2009). Pemerintah telah mencanangkan upaya dalam penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia dengan meningkatkan prinsip *care, support, and treatment*. (Alisjahbana, 2012). Dukungan sosial sangat diperlukan terutama pada pasien HIV yang kondisinya sangat parah, dukungan sosial ini berasal dari orang-orang terdekat seperti suami/istri, orang tua, anak, dan keluarga. (Nuralam, 2009). Dukungan sosial tersebut dapat berupa dukungan instrumental, informasi, emosional, dan penghargaan yang dapat melindungi dari efek-efek negatif dari stress berat, karena orang-orang dengan dukungan sosial tinggi akan mengubah respon mereka terhadap sumber stres. (Friedman, 1998). Namun, fakta yang didapat bahwa keluarga pasien HIV/AIDS di Indonesia masih kurang dalam memberikan dukungan sosial, dibuktikan dengan hanya 43,5% bersikap bersedia merawat anggota keluarga yang terinfeksi virus HIV dirumah dan sikap deskriminatif terhadap anggota keluarga yang terinfeksi HIV masih cukup tinggi yaitu sebesar 28,8%. (Riset Kesehatan Dasar, 2010). Berdasarkan uraian di atas, peneliti ingin mempelajari hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat depresi pada pasien HIV/AIDS, dan tujuan dari penelitian ini adalah: 1)

Mengidentifikasi dukungan keluarga pada pasien HIV/AIDS 2) Mengidentifikasi tingkat depresi pada pasien HIV/AIDS, dan 3) Menganalisa hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat depresi pada pasien HIV/AIDS. Manfaat penelitian ini adalah: 1) Sebagai dasar Poli Cendana RSUD Ngudi Waluyo Wlingi dalam mengoptimalkan manfaat dari program yang telah ada, 2) Sebagai bahan masukan keluarga untuk memberikan dukungan sosial kepada anggota keluarga yang menderita HIV/AIDS agar dapat meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan hidupnya.

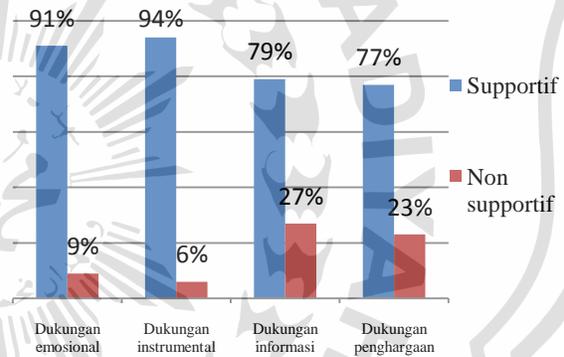
BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan penelitian dengan desain korelasional, pengambilan data dilakukan pada bulan Pebruari-April 2014. Populasi dalam penelitian adalah klien yang sudah terdiagnosa HIV, terdaftar dalam buku register pada bulan Januari sampai Oktober 2013 di Poli Cendana RSUD Ngudi Waluyo Wlingi. yang berjumlah 111 orang. Sampel yang diambil sebanyak 34 orang, dan diambil secara *Purposive*, dengan kriteria: Pasien menginformasikan tentang status HIVnya kepada keluarga yang tinggal satu rumah, dan kriteria inklusi: 1) Pasien yang mengalami ketidaknyamanan fisik yang memberat (seperti nyeri, pusing, atau lainnya) sehingga tidak memungkinkan untuk melanjutkan penelitian, 2) Memutuskan untuk tidak melanjutkan pengisian ataupun tidak mengisi kuesioner secara lengkap. Penelitian ini telah mendapatkan ijin dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Blitar dan Instansi terkait pengelola penyakit HIV AIDS. Pada saat pengumpulan data peneliti dibantu oleh satu petugas Poli Cendana RSUD Ngudi Waluyo Wlingi yang telah terlatih dan kompeten dalam memberikan konseling bagi pasien HIV.

Pengumpulan data menggunakan kuesioner dukungan keluarga yang pengkategorianya berdasar *cut of point* 75% dari total skor (80) dengan pengelompokan :1) ≥ 60 = *Supportif*, 2) < 60 = *Non-supportif* dan *The Zung Self-Rating Depression* untuk mengidentifikasi tingkat depresi dengan pengkategorian: 1) skor 20-49 = normal, 2) Skor 50-59 = depresi ringan, 3) Skor 60-69 = depresi sedang, 4) Skor > 70 = depresi berat. Untuk mengetahui korelasi antara menggunakan uji Spearman Rho melalui program SPSS for Window 16 dengan $p \leq 0,05$.

HASIL PENELITIAN

Berdasar hasil penelitian dari 34 responden, usia termuda adalah 21 tahun, tertua 57 tahun, Sedangkan hampir separuh responden penghasilan dibawah UMR Kabupaten Blitar. Jenis kelamin perempuan (18 responden/53%), pendidikan terbanyak adalah SLTA (44%) tidak ada yang berpendidikan di PT, dan mayoritas responden bekerja, terdapat 29% responden tidak bekerja kebanyakan adalah pensiunan dan Ibu Rumah Tangga. Terdapat 3% responden belum menikah, dan 18 % responden telah bercerai. Paling Lama responden menderita HIV-AIDS 5 tahun, dan paling baru didiagnosa sekitar 4 bulan sebelum penelitian ini dilakukan. Sedangkan dukungan keluarga secara berturut-turut mulai dari yang terbaik adalah : 1) dukungan instrumental, 2) dukungan emosional, 3) dukungan informasional dan terakhir 4) dukungan penghargaan, yang bisa dilihat pada gambar 1.



Gambar 1 Diagram batang jenis dukungan keluarga pada penderita HIV-AIDS, di Poli Cendana RSUD Ngudi Waluyo Wlingi, bulan Pebruari-April 2014 (n = 34)

Untuk derajat depresi penderita HIV-AIDS dan hubungannya dengan dukungan yang diberikan keluarga dapat dilihat pada tabel 1, dimana hanya 1 responden yang mengalami depresi, itupun masih ringan karena tidak mendapatkan support dari keluarga, sedangkan 32 responden tidak mengalami depresi karena seluruhnya mendapatkan support dari keluarga.

Tabel 1. Tabulasi silang dukungan keluarga dengan tingkat depresi penderita HIV/AIDS, di Poli Cendana RSUD Ngudi Waluyo, tanggal bulan Pebruari-April 2014.(n=34 responden).

Tingkat depresi	Dukungan keluarga	Dukungan keluarga	Jumlah
	<i>Supportif</i>	<i>Non Supportif</i>	
Normal	32	1	33
Depresi ringan	0	1	1
Depresi sedang	0	0	0
Depresi berat	0	0	0
Total	32	2	34
Spearman Rho ($p = 0,000$)			

PEMBAHASAN

Dukungan keluarga pasien HIV/AIDS

Pada penelitian ini diketahui distribusi responden berdasarkan dukungan keluarga menunjukkan bahwa paling banyak responden mempersepsikan dukungan keluarganya *supportif*, yaitu 32 responden (94,1%), sedangkan responden yang mempersepsikan dukungan keluarganya *non supportif* sebanyak 2 responden (5,9%). Hasil ini berbeda dengan penelitian Kusuma (2011) yang mayoritas respondennya mempersepsikan dukungan keluarganya *non supportif*. Dukungan ini akan sangat membantu orang dengan HIV/AIDS (ODHA) dalam meningkatkan kualitas hidupnya, mengingat saat ini mereka dihadapkan pada beban sosiokultural, seperti stigma sosial yang berhubungan dengan aspek penularan yang dapat menyebabkan gangguan perilaku pada orang lain, termasuk menghindari kontak fisik dan kontak sosial. Meskipun hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang dimiliki sebagian besar responden baik, tetapi terdapat dua jenis dukungan keluarga yang belum dapat dikatakan optimal, yaitu dukungan informasi dan dukungan penghargaan. Bentuk nyata dari dukungan informasi adalah bagaimana keluarga memberikan nasehat, pengetahuan, dan informasi serta petunjuk terkait masalah yang dialami responden. Hasil penelitian didapatkan bahwa terdapat 15 responden (44%) menganggap

keluarga belum mampu memberikan penjelasan mengenai penyakit yang dialami responden. Keluarga mungkin tahu bahwa keluarganya menderita HIV/AIDS, tetapi kemungkinan besar keluarga belum memahami apa itu penyakit HIV/AIDS, bagaimana penularan penyakit dan prognosis penyakit ini, stigma pada keluarga penderita HIV/AIDS masih belum bisa dihilangkan. Berdasarkan hasil tabulasi silang, apabila dukungan keluarga ditinjau dari status perkawinan responden, didapat hasil bahwa responden yang telah menikah cenderung mempersepsikan dukungan keluarganya baik atau *supportif*. Hal ini sesuai dengan pendapat Smet, 1994 dalam Nursalam, 2009) bahwa dukungan sosial terutama dalam konteks yang akrab atau kualitas hubungan perkawinan dan keluarga merupakan sumber dukungan sosial yang paling penting. Namun dalam faktanya terdapat enam responden yang memiliki status perkawinan belum menikah dan atau berstatus janda/duda/cerai juga mempersepsikan dukungan keluarganya baik, hal ini membuktikan bahwa dukungan keluarga tidak hanya berasal dari kualitas hubungan perkawinan, melainkan dukungan keluarga dapat juga berasal dari hubungan keakraban seperti keluarga inti dan teman yang terjalin dalam suatu kekaraban. Sesuai dalam Friedman (1998) bahwa selain dari dukungan suami/istri, dukungan sosial keluarga dapat berasal dukungan sosial keluarga internal lain seperti, dukungan yang diberikan oleh saudara kandung atau keluarga inti yang lain.

Sedangkan apabila dukungan keluarga yang didapat ditinjau dari penghasilan keluarga didapatkan bahwa terdapat 13 responden yang penghasilan keluarganya rendah justru mempersepsikan dukungan yang diberikan keluarganya baik. Hal ini bertentangan dengan teori bahwa hal-hal yang berkaitan dengan material, dan bentuk dukungan langsung lainnya merupakan bentuk dukungan instrumental yang dapat mengurangi stres, karena individu dapat langsung memecahkan masalahnya yang berhubungan dengan materi (Lubis, 2009). Namun, untuk melihat dukungan keluarga dalam penelitian ini tidaklah hanya memandang komponen dukungan tertentu saja, melainkan harus melihat bahwa komponen dukungan sosial merupakan suatu kesatuan yang utuh. Bisa jadi, 13 responden yang berpenghasilan rendah dan mempersepsikan dukungan keluarga yang baik

memiliki dukungan emosional, penghargaan, dan informatif lebih baik daripada dukungan instrumental. Dukungan sosial keluarga mengacu pada dukungan-dukungan sosial yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan) (Friedman, 1998).

Tingkat depresi pasien HIV/AIDS

Dari hasil penelitian didapatkan 33 responden (97,1%) tidak mengalami depresi (normal) dan 1 responden (2,9%) mengalami depresi ringan. Hasil mengenai kejadian depresi dalam penelitian ini juga berbeda dengan penelitian Kusuma (2011), yaitu lebih dari setengah responden mengalami depresi. Depresi adalah gangguan *mood*, kondisi emosional berkepanjangan yang mewarnai seluruh proses mental (berpikir, perasaan, aktivitas) seseorang yang ditandai dengan pikiran negatif pada diri sendiri, suasana hati menurun kehilangan minat atau motivasi, pikiran lambat serta aktivitas menurun. (Keliat, 2011). Depresi memiliki faktor-faktor mempengaruhinya, seperti, faktor genetik, susunan kimia otak tubuh, usia, jenis kelamin, gaya hidup, penyakit fisik, penyakit jangka panjang, dan tingkat pendidikan seseorang. (Lubis, 2009). Dalam penelitian ini berdasarkan hasil tabulasi silang antara tingkat depresi dengan usia didapatkan data bahwa hampir semua dari usia terendah hingga paling tinggi tidak mengalami depresi, tetapi hanya ada 1 responden yang mengalami gejala depresi ringan yang berusia 45 tahun. Hal ini berbeda dengan teori yang ada, bahwa golongan usia muda yaitu remaja dan orang dewasa lebih banyak mengalami depresi, karena pada usia tersebut terdapat tahap-tahap serta tugas perkembangan yang penting. (Lubis, 2009). Hal ini terjadi karena sebagian besar responden yang berusia terendah sampai tertinggi telah mendapatkan dukungan keluarga yang baik.

Sedangkan apabila tingkat depresi responden ditinjau dari jenis kelamin maka didapatkan bahwa hanya ada satu responden berjenis kelamin perempuan yang mengalami depresi ringan. Hal ini karena mungkin wanita lebih mudah mengakui adanya depresi daripada pria (Lubis, 2009). Namun dalam penelitian ini

jenis kelamin tidak dapat digunakan sebagai ukuran bahwa laki-laki atau perempuan lebih mudah mengalami depresi atau tidak, karena angka kejadian tidak depresi pada jenis kelamin responden hampir sama, dan jumlah antara laki-laki dan perempuan tidak rata. Alasan mengapa responden wanita tersebut mengalami depresi ringan disebabkan keluarganya tidak memberikan dukungan dengan baik. Berdasarkan hasil tabulasi silang antara tingkat depresi dengan tingkat pendidikan responden terdapat satu responden dengan tingkat pendidikan SD mengalami depresi. Menurut Rubin & Peyrot (2001), depresi lebih banyak terjadi pada orang yang memiliki pendidikan yang rendah, karena orang yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi akan mempunyai kemampuan kognitif yang baik untuk mencari dan memahami informasi mengenai penyakitnya sehingga pasien dapat mengontrol penyakitnya, selain itu pasien dengan tingkat pendidikan tinggi juga lebih dapat untuk mengembangkan mekanisme koping konstruktif dalam menghadapi stressor.

Rata-rata lama menderita HIV/AIDS responden di Poli Cendana RSUD Ngudi Waluyo wlingi ada 28 bulan atau setara dengan 2 tahun 4 bulan, dengan lama menderita terendah 4 bulan dan terlama 60 bulan atau 5 tahun. Apabila dilakukan tabulasi silang antara lama menderita dengan tingkat depresi, maka didapatkan data, sebanyak 21 responden menderita HIV selama 4-24 bulan serta terdapat satu orang responden dengan lama menderita 24 bulan yang mengalami gejala depresi ringan, dan sisanya lebih dari dua tahun dan tidak mengalami gejala depresi. HIV merupakan penyakit fisik yang dapat menghilangkan kepercayaan diri dan penghargaan diri (*self-esteem*), juga depresi (Lubis, 2009). Selain itu, HIV/AIDS merupakan penyakit jangka panjang yang menyebabkan ketidaknyamanan, ketidakmampuan, ketergantungan, dan ketidakamanan sehingga dapat membuat seseorang cenderung menjadi depresi. Orang yang sakit keras menjadi rentan terhadap depresi saat mereka dipaksa dalam posisi dimana mereka tidak berdaya atau karena energi yang mereka perlukan untuk melawan depresi sudah habis untuk penyakit jangka panjang (Lubis, 2009).

Hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat depresi pasien HIV/AIDS

Hasil uji statistik spearman rho ($p=0,000$) menunjukkan bahwa korelasi antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pasien HIV/AIDS bermakna. Pada penelitian ini diketahui distribusi responden yang mempersepsikan dukungan keluarganya *supportif* dengan tidak memiliki gejala depresi (normal) sebanyak 32 responden, responden yang mempersepsikan dukungan keluarganya *non-supportif* dengan tidak memiliki tingkat depresi (normal) sebanyak 1 responden, dan responden yang memiliki dukungan keluarga *non-supportif* dengan tingkat depresi ringan sebanyak 1 responden. Menurut Gottlieb (1983) dikutip Menurut hipotesis penyangga dukungan sosial mempengaruhi kesehatan dan melindungi orang itu dari efek negatif dari stres berat, karena orang-orang dengan dukungan sosial tinggi akan mengubah respon mereka terhadap sumber stres. Hal tersebut didukung dengan hipotesis langsung yang berpendapat bahwa, dukungan sosial itu bermanfaat bagi kesehatan dan kesejahteraan, tidak peduli banyaknya stres yang dialami orang-orang. Menurut hipotesis ini efek dukungan sosial yang positif akan sebanding dibawah intensitas stres tinggi dan rendah. (Nursalam, 2009). Beberapa pendapat mengatakan bahwa dukungan sosial terutama dalam konteks yang akrab atau kualitas hubungan perkawinan dan keluarga barangkali merupakan sumber dukungan sosial yang paling penting. (Smet, 1994 dalam Nursalam, 2009). Kegunaan dukungan sosial kelompok: 1) Merasa ada orang lain yang juga menderita, sehingga dapat mengurangi rasa isolasi, 2) Mempunyai pengalaman menolong orang lain dengan memberikan informasi, nasihat sokongan emosional, 3) Dapat memberikan harapan dengan melihat ada pasien yang menjadi sembuh, 4) Dapat meniru semangat, optimis, kegigihan sesama pasien melawan penyakitnya, 5) Dapat mengeluarkan segala perasaan dan masalah dan merasa didengarkan. Berdasarkan teori diatas, wajar saja apabila seseorang yang memiliki dukungan keluarga yang baik tidak akan mengalami kondisi stres, bahkan depresi. Karena dukungan keluarga merupakan bagian dari penatalaksanaan depresi, sehingga kondisi stres atau depresi dapat ditekan dengan dukungan-dukungan yang diberikan oleh keluarga atau orang terdekat. Dukungan ini meliputi dukungan

emosional, dimana keluarga dapat memberikan kepedulian, dan perhatian kepada anggota keluarga yang mengalami kondisi seperti penyakit HIV/AIDS, dukungan lain yang dapat diberikan adalah dukungan penghargaan dengan menunjukkan sikap menghargai serta melibatkan penderita dalam mengambil keputusan-keputusan, dukungan instrumenta, dan dukungan informatif yang dapat langsung memecahkan masalah yang dialami penderita HIV/AIDS. Tetapi, ada hal yang menarik dalam penelitian ini bahwa terdapat satu orang responden mempersepsikan keluarganya tidak memberikan dukungan dengan baik namun tidak menunjukkan tanda gejala depresi. Apabila ditelaah lebih jauh responden ini memiliki pekerjaan dan penghasilan yang tinggi (diatas UMR Kota/Kabupaten Blitar), berpendidikan menengah yaitu SMA, hal tersebut dapat meningkatkan coping positif individu untuk menekan pikiran dan perasaan yang menuju kearah stres bahkan depresi.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Keluarga penderita HIV-AIDS mayoritas (94,1%) support terhadap keberadaan penderita HIV-AIDS, dan hampir seluruh penderita HIV-AIDS tidak mengalami depresi, hanya 1 orang saja yang mengalami depresi ringan, dan terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada penderita HIV-AIDS dengan nilai $p = 0,000$.

Saran

Karena hampir seluruh penderita HIV/AIDS telah mendapatkan dukungan keluarganya dengan baik, hendaknya tetap dipertahankan kualitas dukungan ini dan bagi keluarga yang belum memberikan dukungan yang baik bagi anggota keluarganya yang menderita HIV/AIDS, hendaknya dapat meningkatkan dukungannya dalam bentuk empati, perhatian, memberikan saran, bantuan material, penghargaan, dan ikut berperan aktif dalam pengobatan anggota keluarganya.

Bagi Petugas Poli Cendana RSUD Ngudi Waluyo Wlingi agar selalu memberikan motivasi serta melibatkan keluarga dalam manajemen pengobatan dan perawatan pasien, supaya keluarga termotivasi untuk senantiasa memberikan dukungan bagi anggota keluarganya yang

menderita HIV/AIDS. Dalam hal ini, anggota keluarga yang paling dekat dengan pasien dapat dilibatkan sebagai seseorang yang membantu pasien untuk menjaga kesehatannya, sehingga pasien dapat mempertahankan dan meningkatkan status kesehatannya.

DAFTAR RUJUKAN

- Achjar, Komang Ayu H. 2010. *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Sagung Seto.
- Alisjahbana, Armida S, dkk. 2012. *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2011*. Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS).
- Cichocki, Mark. 2009. *Dealing with HIV and Depression when Sadness Takes Over*. <http://aids.about.com/cs/conditions/a/depression.htm>, diakses tanggal 3 Januari 2014.
- Dalami, Ernawati, dkk. 2009. *Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Psikososial*. Jakarta: Trans Info Media.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar. 2013. *Rekapitulasi Penderita HIV/AIDS Kabupaten Blitar*.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2010. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur*.
- Faugier, Jean., Hicken, Ian. 1996. *AIDS and HIV The Nursing Response*. California: Chapman & Hall.
- Friedman, Marilyn M. 1998. *Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Kaplan, Harold I. 1994. *Buku Saku Psikiatrik Klinik*. Binarupa Aksara: Jakarta. (<http://kamuskesehatan.com/arti/depresi/>, diakses tanggal 1 Nopember, pukul 20.46).
- Keliat, Budi Anna, dkk. 2011. *Manajemen Kasus Gangguan Jiwa: CMHN: Intermediate Course*. Jakarta: EGC.
- Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/BAPPENAS. 2010. *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia*: BAPPENAS.
- Kusuma, Heni. 2011. *Hubungan Antara Depresi dan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS Yang Menjalani Perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta*. Tesis. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Lubis, Namora Lumongga. 2009. *Depresi Tinjauan Psikologis*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Muma, Richard D. 1997. *HIV Manual Untuk Tenaga Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Nursalam dan Kurniawati, Ninuk Dian. 2009. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Price, Sylvia A., Wilson, Lorraine M. 2005. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC.
- RI, Kementrian Kesehatan. 2010. *Riset Kesehatan Dasar 2010*.
- Rubin, R.R., & Peyrot, M. 2001. *Psychological Issue & Treatments for People with Diabetes*. Journal of Clinical Psychology.
- Setyowati, Sri., Murwani, Arita. 2008. *Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep dan Aplikasi Kasus*. Jogjakarta: Mitra Cendika Press.

DUKUNGAN KELUARGA DAN KUALITAS HIDUP ORANG DENGAN HIV/AIDS DI LANTERA MINANGKABAU *SUPPORT*

Dwi Novrianda*, Yonrizal Nurdin*, Gusnita Ananda**

*Dosen Fakultas Keperawatan Universitas Andalas, Jl. Limau Manis, Kecamatan Pauh,
Sumatera Barat 25163, Indonesia

**Mahasiswa Program Studi S1 Ilmu keperawatan Fakultas keperawatan Universitas Andalas
Email : dwinov_82@yahoo.co.id

ABSTRAK

Pendahuluan: Permasalahan yang timbul akibat HIV/AIDS sangat kompleks, diantaranya masalah fisik, psikologis, sosial dan spiritual yang mempengaruhi kualitas hidup. Ini dapat mempengaruhi kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) sehingga memerlukan dukungan keluarga. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada ODHA. **Metode:** Jenis penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional study*. Penelitian dilakukan di Lantera Minangkabau *Support* Padang selama 18 hari dari tanggal 23 Desember 2014 – 09 Januari 2015. Besar sampel 106 orang yang diambil secara *accidental sampling*. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 63 orang (59,4%) responden mendapatkan dukungan yang baik dari keluarga dan 61 orang (57,5%) responden memiliki kualitas hidup yang baik. Uji *chi-square* menunjukkan terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup ODHA ($p=0,000$). **Diskusi:** Maka disimpulkan jika dukungan keluarga baik, kualitas hidup ODHA juga baik. Oleh karena itu perlu melibatkan keluarga dalam pertemuan-pertemuan untuk memotivasi.

Kata kunci: dukungan keluarga, kualitas hidup, orang dengan HIV/AIDS

PENDAHULUAN

Data Badan Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2008-2011 melaporkan terdapat 2 juta kematian terkait AIDS. Hingga bulan Desember 2008 tercatat 33,4 juta ODHA tersebar di seluruh dunia, termasuk 2,7 juta kasus orang yang baru tertular HIV. Jumlah ini terus bertambah dengan kecepatan 15.000 kasus baru per hari, dengan estimasi 5 juta pasien baru terinfeksi HIV setiap tahunnya di seluruh dunia. Oleh karena itu penyakit ini telah menjadi penyakit mematikan teratas di antara penyakit infeksi lainnya dan menduduki ranking keempat penyebab kematian di dunia (Kementrian Kesehatan, 2013).

Sumatera Barat pada tahun 2013 terjadi peningkatan kasus HIV di mana laki-laki yang terinfeksi HIV sebanyak 61% dan perempuan 39%. Data yang didapat dari Dinas Kesehatan Kota Padang jumlah penderita AIDS di Kota Padang dari tahun 2008 sampai 2014 sebanyak 355 orang. Data terakhir menunjukkan angka kematian akibat HIV/AIDS dari 2008 sampai 2014 sebanyak 38 orang.

Berbagai reaksi muncul ketika seseorang didiagnosa menderita HIV/AIDS seperti perasaan takut, menyesal, mencoba menyangkal, depresi, bingung serta tidak tahu yang harus dilakukan. Mengidap HIV/AIDS masih dianggap aib, sehingga dapat menyebabkan tekanan psikologis terutama pada penderitanya maupun pada keluarga dan lingkungan di sekeliling penderita (Nursalam, 2007). Pemahaman yang berkembang di masyarakat terhadap ODHA membuat masyarakat cenderung bersikap mengucilkan ODHA. Kondisi ini akan membuat ODHA semakin menutup dirinya dari kehidupan sosialnya sehingga semakin memperburuk kondisi ODHA.

Akibat dari stigma tersebut penderita ODHA sering merasakan *feeling blue* (kesepian, putus asa, cemas dan depresi) sehingga dapat dikatakan bahwa kualitas hidup ODHA dari segi psikologis kurang baik. Berbagai masalah psikologis ini dapat mempengaruhi kemampuan ODHA untuk berpartisipasi secara penuh dalam pengobatan dan perawatan dirinya, sehingga berdampak terhadap kualitas hidup ODHA (Hardiansyah, 2011).

Kualitas hidup dianggap sebagai suatu persepsi subjektif multidimensi yang dibentuk oleh individu terhadap fisik, emosional, dan kemampuan sosial termasuk kemampuan kognitif (kepuasan) dan komponen emosional atau kebahagiaan. Penyakit HIV/AIDS adalah penyakit yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Sesuai

dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nojomi dkk (2008) didapatkan bahwa mayoritas pada penderita HIV/AIDS baik simptomatik maupun yang nonsomptomatik memiliki nilai kualitas hidup yang rendah. Hasil penelitian Hardiansyah (2011) diketahui gambaran kualitas hidup ODHA di Kota Makassar adalah buruk 11 orang (52,4 %).

Di dalam hasil penelitian Hardiansyah (2011) merekomendasikan agar dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA maka keluarga harus mampu memberikan rasa aman pada ODHA yang berada di lingkungan tempat tinggalnya dengan tidak menghindari, mengasingkan serta tidak menolak keberadaannya. Selain itu memberikan dukungan kepada ODHA dapat juga berupa pemberian informasi, bantuan tingkah laku ataupun materi sehingga ODHA merasa diperhatikan, bernilai dan dicintai

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada ODHA antara lain: persepsi kesehatan, emosi, energi/kelelahan, tidur, fungsi kognitif, kegiatan fisik dan kegiatan harian, teknik mengatasi masalah, masa depan, gejala, pengobatan dan dukungan sosial. Dukungan sosial diperoleh dari dukungan keluarga, dukungan teman sebaya, dan dukungan masyarakat (Michael Carter, 2012).

Beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup ODHA telah dikemukakan diatas, hal yang perlu diperhatikan pada ODHA adalah dukungan keluarganya, karena Penderita ODHA masih banyak yang kurang mendapatkan dukungan dari keluarga. Hal ini disebabkan oleh karena tingginya stigma yang terkait dengan penyakit HIV/ AIDS sehingga anggota keluarga yang menderita penyakit ini sering kali dianggap telah melanggar norma-norma dalam keluarga dan memalukan keluarga sehingga sering kali dikucilkan atau di telantarkan bahkan di isolasi dari lingkungan (Purnama & Haryanti, 2006).

Di dalam penelitian Eni Nuraeni (2011) bahwa seorang konselor HIV/AIDS mengungkapkan, kebutuhan utama ODHA adalah orang-orang terdekat seperti keluarga. Keluarga yang mampu menerima kondisi ODHA, terus mendampingi pada masa sulit, mengantar berobat ke dokter, membantu mencari dan memberi informasi tentang penyakit HIV/AIDS, dapat membuat ODHA merasa dihargai dan hidupnya menjadi lebih berarti. Dengan hasil penelitiannya dari 20 ODHA masih terdapat 13 ODHA (65%) memiliki dukungan keluarga yang rendah.

Hasil penelitian Kamath dan Mohanna (2009) menunjukkan bahwa dukungan keluarga dapat memberikan dampak positif terhadap penurunan gangguan jiwa pada ODHA seperti kecemasan, stress, depresi dan rasa kesendirian, Penelitian yang juga dilakukan oleh Adeyemi Oluwagbemiga (2007) menyatakan bahwa pasien dengan HIV positif yang mendapat dukungan keluarga akan mengalami gejala depresi yang lebih ringan. Hasil penelitian dari Cichocki (2009) terhadap pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di rumah sakit menemukan bahwa 40% dari pasien HIV/AIDS tersebut mengalami depresi.

Dari penjelasan di atas diketahui bahwa pentingnya dukungan keluarga bagi ODHA. Hal tersebut didukung dari hasil penelitian Diatmi (2014) yang merekomendasikan agar penelitian selanjutnya dapat mengkhususkan sumber dari dukungan sosial yang diperoleh ODHA, misalnya dukungan sosial yang diperoleh dari keluarga.

Di Lentera Minangkabau sangat mudah ditemukan pasien HIV/AIDS. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada hari Rabu, tanggal 15 Oktober 2014, jumlah ODHA di Yayasan Lantera Minangkabau sebanyak 188 orang. Salah satu koordinator lapangan di Yayasan Lantera Minangkabau mengatakan bahwa Lantera Minangkabau melakukan pertemuan rutin 3 kali dalam sebulan dengan ODHA. Pada setiap pertemuan membahas materi yang berbeda dan bertujuan untuk memberikan pengetahuan, dukungan dan motivasi pada ODHA yang mendapatkan pendampingan dari Lantera Minangkabau baik itu ODHA yang baru terinfeksi ataupun yang sudah lama.

Lebih lanjut diperoleh data sekitar 23% dari 188 orang ODHA tidak tinggal bersama keluarganya lagi melainkan tinggal sendiri. Maka dengan demikian perlu diketahuinya bagaimana kaitan dukungan keluarga dan kualitas hidup ODHA di Lantera Minangkabau.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional study*. Jumlah sampel sebanyak 106 ODHA di Lantera Minangkabau *Support* Padang Tahun 2014 dengan kriteria inklusi ODHA yang mempunyai keluarga dan tinggal dengan keluarga. ODHA yang mengalami gangguan kejiwaan dan memakai narkoba tidak diikutkan dalam penelitian ini.

Instrumen yang digunakan berupa kuesioner yaitu kuesioner karakteristik responden, kuesioner kualitas hidup, dan kuesioner dukungan keluarga pada ODHA dimodifikasi dari Kusuma (2011). Setelah itu data dianalisis menggunakan uji Chi-Square dengan $p \text{ value} \leq 0,05$.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil dari penelitian ini meliputi karakteristik responden, dukungan keluarga, dan kualitas hidup ODHA. Tabel 2 menunjukkan hasil bahwa sebagian besar (59,4 %) responden mendapatkan dukungan yang baik dari keluarga. Lebih lanjut 57,5 % responden memiliki kualitas hidup yang baik.

1. Karakteristik responden

Tabel 1. Karakteristik responden

No.	Karakteristik Responden	Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Umur (Depkes RI, 2009)	Remaja akhir (17-25 tahun)	10	9,5
		Dewasa awal (26-35 tahun)	52	49
		Dewasa akhir (36-45 tahun)	42	39,6
		Lansia akhir (56-65 tahun)	2	1,9
2.	Jenis Kelamin	Laki-laki	42	77,4
		Perempuan	24	22,6
3.	Pendidikan Terakhir	SD	0	0
		SMP/Sederajat	4	3,8
		SMA/Sederajat	88	83
		Perguruan Tinggi	14	13,2
4.	Pekerjaan	PNS	2	1,9
		Wiraswasta	66	62,3
		Petani	4	3,8
		Buruh/karyawan	2	1,9
		Pedagang	6	5,7
		Lainnya	16	15,1
	Tidak bekerja	10	9,4	

2. Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup

Tabel 2. Dukungan keluarga dan kualitas hidup (n=106)

	f	%
Dukungan keluarga		
Kurang baik	43	40,6
Baik	63	59,4
Kualitas hidup		
Kurang baik	45	42,5
Baik	61	57,5

Dukungan Keluarga

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari separoh (59,4 %) mempunyai dukungan keluarga yang baik. Berdasarkan hasil jawaban responden yang banyak menjawab selalu mendapatkan dampingan dari keluarga dalam pengobatan penyakitnya. Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian Nuraeni (2011) bahwa mayoritas responden memiliki dukungan keluarga yang baik yaitu sejumlah 13 orang (65,0 %), sedangkan yang memiliki dukungan keluarga yang kurang baik sebanyak 7 orang (35,0 %).

Berdasarkan jawaban responden dari pernyataan yang disebar melalui kuesioner, sebagian besar (47,2 %) responden menjawab kalau keluarga sering menunjukkan kepeduliannya terhadap ODHA, 59 orang (55,7 %) menjawab keluarga sering berperan aktif dalam setiap pengobatan dan perawatan sakitnya, sebagian besar (60,4 %) responden menjawab keluarga selalu berusaha untuk mencarikan kekurangan sarana dan peralatan perawatan yang diperlukan, lebih separoh (65,1 %) responden menjawab keluarga tidak pernah melarang ODHA untuk terlibat dalam kegiatan sosial di kampungnya.

Lebih lanjut, 46 orang (43,4 %) ODHA menunjukkan bahwa ODHA memiliki dukungan keluarga yang kurang baik. Berdasarkan jawaban responden masih banyak yang menjawab tidak pernah ataupun jarang diperhatikan dan dibantu keluarga dalam pengobatan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Kusuma (2011) yaitu 51 orang (55,4 %) memiliki dukungan keluarga yang kurang baik. Hasil penelitian yang sama juga ditemukan oleh Nirmal (2008) yaitu 63 orang (58 %) memiliki dukungan keluarga yang kurang baik.

Menurut asumsi peneliti adanya responden yang mendapatkan dukungan keluarga yang kurang baik dari keluarga ODHA dipengaruhi oleh kurangnya pemahaman atau pengetahuan keluarga tentang penyakit HIV/AIDS. Selain itu hal ini juga dipengaruhi oleh lingkungan tempat tinggal mereka apabila ODHA tinggal di daerah perkampungan maka reaksi masyarakat negatif seperti terjadinya stigma dan diskriminasi yang ditimbulkan oleh lingkungan sekitarnya sehingga ODHA tidak mau membuka status HIV kepada keluarga, pasangan ataupun lingkungan. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa rendahnya ODHA dalam membuka status HIV kepada orang terdekatnya termasuk kepada keluarga. Oleh sebab itu perlu adanya

penjelasan informasi HIV/AIDS kepada keluarga sehingga tidak ada lagi ODHA dikucilkan.

Kualitas Hidup

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari separoh yaitu 61 ODHA (57,5 %) mempunyai kualitas hidup yang baik. Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian Rahmayuni (2014) bahwa mayoritas responden memiliki kualitas hidup baik yaitu sejumlah 26 orang (61,9 %), sedangkan yang memiliki kualitas hidup yang kurang baik sebanyak 16 orang (38,1 %).

Berdasarkan jawaban responden dari pernyataan yang disebar melalui kuesioner, sebagian besar (45,3 %) responden menjawab sering merasa puas terhadap istirahat tidurnya, 55 orang (51,9 %) menjawab sering merasa puas dengan tenaga yang dimilikinya untuk beraktifitas, sebagian besar (45,3 %) responden selalu merasa dirinya berharga, lebih dari separoh (51,9 %) responden menjawab sering merasa puas terhadap dukungan dan pelayanan kesehatan yang diterimanya, namun (20,7 %) responden mengatakan sering merasa terganggu dengan kondisi sakit yang menghambat aktifitas sehari-harinya.

ODHA yang memiliki kualitas hidup kurang baik pada beberapa responden yaitu 45 orang (42,5 %). Dari jawaban responden dalam kuesioner, 16 orang (15,1 %) ODHA selalu merasa terganggu dengan kondisi sakit yang menghambat dalam aktifitas sehari-harinya dan 50 orang (47,2 %) ODHA sering merasa orang-orang di sekitarnya tidak menyukainya dan menghindar darinya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Nojomi (2008) yaitu 80 orang (73 %) ODHA dalam penelitiannya mempersepsikan kualitas hidup yang kurang baik. Hasil penelitian yang sama juga ditemukan oleh Kusuma (2011) yaitu 58 orang (63 %) memiliki kualitas hidup yang kurang baik.

Kualitas hidup ini merupakan faktor penting yang perlu diperhatikan untuk kesehatan mental maupun fisik ODHA yang dapat memberikan kontribusi terhadap kepuasan dan kebahagiaan dari individu itu sendiri serta memberikan manfaat kepada keluarga dan masyarakat (Mardhiati, 2011).

Dalam meningkatkan kualitas hidup ODHA ada lima pilar yang harus dimiliki yaitu memiliki kepercayaan diri, memiliki pengetahuan tentang HIV/AIDS, memiliki akses ketersediaan layanan dukungan (keluarga maupun teman sebaya), pengobatan dan

perawatan, tidak menularkan virus ke orang lain dan melakukan kegiatan positif (Mardhiati, 2011).

3. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup ODHA

Tabel 3. Uji chi-square dukungan keluarga dan kualitas hidup ODHA

Dukungan keluarga	Kualitas hidup		p Value
	Kurang baik	Baik	
Kurang baik	38 (88,4 %)	5 (11,6%)	0,000
Baik	7 (11,1 %)	56 (88,9 %)	

Pada tabel 3 dapat dilihat responden yang memiliki dukungan keluarga baik memperlihatkan hampir seluruhnya (88,9 %) kualitas hidup ODHA baik dan sebagian kecil (11,1 %) kualitas hidupnya kurang baik. Kemudian dukungan keluarga yang kurang baik menghasilkan sekitar 88,4 % kualitas hidup ODHA kurang baik. Uji *chi-square* menunjukkan ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup responden secara signifikan ($p = 0,000$).

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa persentase kualitas hidup yang baik lebih besar pada responden dengan dukungan keluarga yang baik yaitu 56 orang (36,3 %) dibandingkan dengan responden dengan dukungan keluarga kurang baik yaitu 5 orang (24,7 %). Dari uji statistik diperoleh nilai ($p = 0,000$, $p < 0,05$) menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup responden

Hampir sama dengan hasil penelitian Kusuma (2011) yang menunjukkan bahwa dukungan keluarga mempunyai hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta dan kekuatan hubungannya sedang yang berpola positif ($p = 0,001$, $\alpha = 0,05$). Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin baik dukungan keluarga maka semakin baik kualitas pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta.

Pada penelitian Li (2009) diketahui juga bahwa orang yang hidup dengan HIV/AIDS sangat membutuhkan bantuan dan dukungan dari keluarga karena penyakit ini bersifat kronis dan membutuhkan penanganan yang komprehensif. Dukungan keluarga tersebut meliputi dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi dan instrumental.

Dukungan keluarga dapat berupa sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sedang sakit. Pada penelitian ini, keluarga telah mengetahui

bahwa anggota keluarganya menderita HIV/AIDS. Dukungan yang diterima oleh ODHA dari keluarga merupakan dukungan yang sangat berarti bagi ODHA. ODHA merasa dukungan yang didapatkan dari keluarga merupakan bentuk kepedulian keluarga terhadap dirinya serta menunjukkan ODHA masih dianggap sebagai bagian dari keluarga walaupun saat ini menderita HIV/AIDS.

Dukungan keluarga yang diterima ODHA juga merupakan bentuk dukungan dari keluarga yang dapat mengurangi stress akibat berbagai masalah fisik, psikologis maupun sosial yang sering dihadapi ODHA. Hal ini sesuai dengan Friedman (2010), dukungan keluarga dapat berfungsi sebagai strategi pencegahan untuk mengurangi stress, dengan cara keluarga memberikan semangat dan motivasi serta menghibur ODHA.

Menurut Nojomi dalam penelitiannya, agar terjadi peningkatan kualitas hidup ODHA harus merasa aman berada di lingkungan tempat tinggalnya dengan cara keluarga tidak menghindari, mengasingkan serta tidak menolak keberadaannya, memberikan dukungan kepada ODHA berupa pemberian informasi, bantuan tingkah laku ataupun materi sehingga ODHA merasa diperhatikan, bernilai dan dicintai.

Selain dari dukungan keluarga dukungan dari orang-orang terdekat sangat dibutuhkan juga oleh ODHA. Salah satu contoh yaitu dukungan dari teman sebaya, seperti dukungan kelompok sebaya sangatlah penting bagi ODHA dengan memberikan semangat atau dukungan dalam menjalani pengobatan. Kesebayaan disini diartikan sebagai kesamaan dalam perilaku beresikonya, orientasi seksual, usia, status sosial, dan sebagainya. Jadi setiap kelompok dukungan sebaya mempunyai spesifikasi anggota tersendiri. Karena unsur kesamaan atau kesebayaan orang-orang di dalamnya akan merasa lebih nyaman dan saling terbuka, lebih leluasa mengeluarkan pikiran, lebih mudah merasakan dan memahami permasalahan yang ada di komunitasnya (USAID, 2011).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan mengenai dukungan keluarga dengan kualitas hidup ODHA di Lantera Minangkabau *Support* Padang Tahun 2014, dengan sampel sebanyak 106 orang, maka dapat diambil kesimpulan bahwa lebih dari separoh ODHA (57,5%) mempunyai dukungan keluarga yang baik. Lebih dari separoh ODHA

(59,4%) mempunyai kualitas hidup yang baik. Ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup di Lantera Minangkabau *Support* Padang Tahun 2014, dimana ($p=0,000$).

Bagi pihak lantera agar dapat melibatkan keluarga dalam pertemuan-pertemuan untuk memotivasi ODHA terutama untuk ODHA yang baru terinfeksi, dimana pihak Lantera juga mengikutsertakan keluarga dalam kegiatan yang diadakan di Lantera untuk menjalin komunikasi yang baik dengan keluarga mengenai dukungan yang diinginkan atau dibutuhkan ODHA dari keluarga. Harapannya agar mempermudah memberikan solusi yang tepat dari berbagai permasalahan baik fisik, psikologis maupun sosial bagi ODHA. Penelitian ini dapat menjadi rujukan untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang dukungan dari orang-orang terdekat ODHA seperti dukungan kelompok sebaya.

DAFTAR PUSTAKA

- Carter, M. (2012). *Study identifies issues affecting the quality of life of patients living with HIV*. Diakses pada tanggal 23 November 2014 dari <http://mobile.aidsmap.com/Study-identifies-issues-affecting-the-quality-of-life-of-patients-living-with-HIV/page/220212>.
- Depkes RI. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013 tentang penanggulangan Hiv Dan Aids*. Diakses pada tanggal 4 November 2014 melalui http://pppl.depkes.go.id/_asset/_regulasi/100_Permenkes%20No%2021%20Tahun%202013%20Penanggulangan%20HIVAIDS.pdf
- Diatmi, K., & Fridari, D. (2014). *Hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pada orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) Di Yayasan Spirit Paramacitta*. Diakses pada tanggal 30 November 2014 dari <http://ojs.unud.ac.id/index.php/psikologi/article/download/8549/6408>
- Dinas Kesehatan Kota Padang. (2014). *Jumlah penderita AIDS Tahun 2008-2013*. Padang
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumbar. (2013). *Strategi penanggulangan HIV/AIDS Di Indonesia dan Sumatera Barat*. Padang.
- Friedman. (2010). *Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC

- Hardiansyah, A. (2011). *Kualitas hidup orang dengan HIV dan AIDS di kota Makassar*. Diakses pada tanggal 23 oktober 2014 dari <http://prosiding.lppm.unisba.ac.id/index.php/sosial/article/viewFile/102/52>
- Kamath & Mohanna. (2009). Family support in reducing morbidity and mortality in hiv-infection person. *American Psychiatric Journal*. Diakses pada tanggal 24 oktober 2014 dari http://www.healthinsite.gov.au/topics/Social_Support_and_Research_into_HIV_and_AIDS
- Kemenkes. (2012). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011*. Diakses Tanggal 3 Oktober 2014 dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2011.pdf>
- Kusuma, H. (2011). *Hubungan antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta*. Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Lanteran Minangkabau. (2011). *Profil Lantera Minangkabau*. Diakses Tanggal 20 Oktober 2014 dari <http://lanteraminangkabau.wordpress.com/about>.
- Li li., Sheng, W., Zunyou, W., Stephani, S., Halxia, C & Manhong, C. (2006). *Understanding family support for people living with HIV/AIDS in Yunnan, China*. Diakses pada tanggal 22 oktober 2014 dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2584319/pdf/AFSH0802-0097>
- Li li., Sheng, W., Zunyou, W., Stephani, S., Halxia, C & Manhong, C. (2009). *Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand*. Diakses pada tanggal 22 oktober 2014 dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2584319/pdf/AFSH0802-0097>
- Mardhiati, S. (2009). Perbandingan mutu hidup ODHA dengan system dukungan keluarga berdasarkan wilayah di Indonesia. *Skripsi*. Fakultas Ilmu kesehatan Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka.
- Nojomi, M, dkk (2008). Health-related quality of life in patients with HIV/AIDS. *Archives of Iranian Medicine*. Vol.11. Number 6. Diakses pada tanggal 21 Oktober 2014 dari <http://ams.ac.ir>
- Nugrahawati, dkk. (2014). *Hubungan antara dukungan keluarga dengan self esteem pada ODHA di Yayasan Akses Tasikmalaya*. Diakses pada tanggal 23 oktober 2014 dari <http://prosiding.lppm.unisba.ac.id/index.php/sosial/article/viewFile/102/52>

Nursalam, N. (2011). *Asuhan keperawatan pada pasien terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika

Oluwagbemiga, A. (2007). *HIV/AIDS and family support systems: A situation analysis of people living with HIV/AIDS in Lagos State*. Diakses pada tanggal 26 oktober 2014 dari <http://gateway.nlm.nih.gov/meeting/ma?f=102253707.html>



DUKUNGAN KELUARGA DAN DEPRESI PADA PENDERITA HIV/AIDS DI YOGYAKARTA

Panji Andhika Pratama

Rr. Indahria Sulistyarini

Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia

Email : indahriasulistyarini@yahoo.co.id

Abstract

The aim of this study is to find out the relationship between family effect on the intention of depression on HIV/AIDS victim. The hypothesis of this research is there is a negative relationship between family support and of depression on HIV/AIDS victim. The subject of this research is 50 ODHA in Yogyakarta, 2 men and 48 woman. The scale for this research conducted by the researcher based on the House aspect of family support (Smet, 1994), and adaptation of Beck scale is used to measure the depression aspect (1987), which is BDI II (Beck Depression Inventory II). Data analysis method on this research is using Spearman's non parametric correlation. The analysis shows $r = -0.434$ and $p = 0.001$ ($p < 0.05$). The data shows the higher the family support, the lower of depression on the HIV/AIDS victim. And in reverse, the lower the family support, the higher of depression on the HIV/AIDS victim. Based on this research, we can see that family support contribute 18.9% in reducing the intention of depression on HIV/AIDS victim.

Key Words : Family Intention, Depression

Manusia merupakan makhluk paling sempurna yang diciptakan oleh Allah SWT. Manusia mengalami perkembangan yang sangat pesat untuk menjadi organisme yang lengkap. Manusia berusaha mewujudkan keinginan-keinginan dalam hidup yang mendapatkan dukungan dari keluarganya dan orang-orang terdekatnya untuk mencapai tujuannya. Begitu juga dengan Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) dalam menjalani hidupnya. *Acquired Immune Deficiency Syndrome* atau yang lebih dikenal dengan istilah AIDS merupakan penyakit yang relatif baru yang ditandai dengan adanya kelainan yang kompleks dalam sistem pertahanan selular tubuh dan menyebabkan korban menjadi sangat peka terhadap mikroorganisme oportunistik. Penyakit AIDS disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* atau disingkat dengan HIV. Penyakit ini merupakan

penyakit menular seksual, yang pada mulanya dialami oleh kelompok kaum homoseksual.

Penyakit ini muncul karena hubungan seksual (sodomi) yang dilakukan oleh komunitas kaum homoseksual. Cherman dan Sinoussi (Tjokro, dkk, 1992) menyatakan perkembangan kasus AIDS di dunia, makin lama makin banyak dilaporkan dan merupakan persoalan kesehatan masyarakat di berbagai Negara. Penderita AIDS di seluruh dunia mencapai lebih dari 12.000 orang di antaranya 10.000 kasus di Amerika Serikat, 400 kasus di Prancis dan sisanya di negara Eropa lainnya, Amerika Latin, dan Afrika (Wijayanto, 2009).

Kasus AIDS pertama di Indonesia dilaporkan di Bali pada bulan April tahun 1987, yaitu seorang wistawan Belanda yang meninggal di RSUP Sanglah Denpasar. Pada awalnya penyebaran HIV/AIDS di

Indonesai terjadi pada pekerja seks komersial (PSK) beserta pelanggannya. Setelah itu mulai terjadi penularan ke ibu-ibu rumah tangga yang tertular dari pasangannya dan berlanjut ke bayi-bayi yang lahir dari ibu yang positif HIV (Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan RI, 2006).

Sementara itu di daerah Provinsi DIY dari tahun 1993-2010 data yang didapat peneliti menurut distribusi frekuensi jenis kelamin laki-laki terdapat 845 kasus sedangkan perempuan 380 dan 63 kasus tidak diketahui, dari distribusi frekuensi ODHA yang hidup 1.065 sedangkan 172 yang meninggal, dari data keseluruhan di Provinsi DIY dari tahun 1993-2010 terdapat 1288 kasus HIV/AIDS (Departemen Kesehatan Provisinsi DIY, Senin 18 April 2011). Hal ini juga diperkuat dengan pernyataan seorang konselor di RS Sardjito yang menangani kasus HIV/AIDS tentang kecenderungan depresi yang dialami ODHA, biasanya ciri-ciri ODHA yang depresi itu menarik diri, tidak mau keluar rumah, kebanyakan konfliknya dengan keluarga sehingga ODHA di lingkungan sosial mereka tertekan dan kasus ODHA ingin bunuh diri juga ada, sampai ada dirujuk ke RS Jiwa, itu adalah ODHA yang mengalami depresi berat. Ada juga ODHA yang sudah terbuka terhadap penyakit yang dideritanya kepada keluarganya sehingga kebanyakan ODHA dengan kasus seperti ini sudah bisa berterus terang terhadap keluarganya kecenderungan depresinya berkurang, tapi ODHA itu diberi hak untuk merahasiakan penyakitnya untuk dirinya sendiri atau keluarganya (Wawancara, 8 April 2011).

Infeksi HIV dan gangguan psikiatrik hubungan yang kompleks, menjadi terinfeksi HIV akan menyebabkan gangguan psikiatrik, sebagai konsekuensi psikologis dari infeksi atau karena efek dari virus HIV dalam otak. Perjalanan penyakit AIDS yang progresif dan berakhir dengan kematian, serta penyebaran yang cepat, adanya stigma dan diskriminasi terhadap penderita dapat menimbulkan keadaan stres dan gangguan psikiatrik pada penderita tersebut. Peneliti

menunjukkan bahwa prevalensi gangguan psikiatrik pada orang yang hidup dengan HIV/AIDS adalah antara 30% - 60%. Berbagai gangguan psikiatrik yang sering menyertai penyakit HIV/AIDS antara lain depresi, ansietas, *post traumatic stress disorder (PTSD)*, dan lain-lain. Diagnosis yang paling banyak adalah depresi berat, kecemasan, dan gangguan penyesuaian, walaupun tidak ada bukti insidensi yang tinggi dari psikosis pada infeksi HIV. Depresi berhubungan dengan keadaan psikiatrik yang paling umum dengan infeksi HIV. Prevalensi gangguan depresi berat pada penderita dengan HIV positif adalah 2-3 kali lebih tinggi dari pada populasi umum. Penelitian lainnya yang diadakan pada klinik spesialis HIV pusat perawatan kesehatan tersier (*Tertiary Health Care Centre*) di India Selatan melaporkan 10%-40% individu HIV positif menderita depresi. Di antara pasien-pasien yang depresi 20% menunjukkan harapan untuk mati, dan 12% dilaporkan kadang-kadang memunculkan ide-ide *suicide*, sedangkan 8% melakukan percobaan hingga *commit suicide*. Penelitian meta analisis yang dipublikasikan Ciesa dan Roberts (Saragih, 2008) menemukan bahwa orang dengan HIV positif, kemungkinan hampir dua kali lebih banyak didiagnosa dengan depresi berat dan orang dengan HIV simtomatik dan asimtomatik umumnya adalah sama mengalami depresi.

Bastian dan Wawan (2003) mengutarakan ketika seseorang didiagnosis terinfeksi HIV/AIDS, maka hampir selalu ini merupakan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan. Meskipun terkena karena perilaku mereka sendiri, diagnosa HIV bisa terasa berat untuk dapat diterima. Reaksi bisa beragam, ada yang bereaksi dengan kemarahan, ketakutan yang amat sangat, membantah kebenaran tes, atau kadang, dengan reaksi tumpul. Nasution (2004) dalam hasil penelitiannya memaparkan begitu terinfeksi AIDS, individu akan mengalami *shock*, bisa putus asa (karena *shock* berat) dan depresi berat. Hal ini menyebabkan penyakit makin lama makin berat, timbul berbagai infeksi

opotunistik, penderita makin tersiksa. Biaya pengobatan tambah besar, macam penyakit tambah banyak, obat yang diberi harus tambah banyak dan tambah keras, dengan berbagai efek samping, yang memperparah keadaan penderita. Masyarakat sekitar turut pula memperburuk keadaan kejiwaan penderita, dengan segala macam isu dan ejekan yang dilontarkan (Widiyanto, 2009).

Depresi adalah suatu kondisi yang lebih dari suatu keadaan sedih. Bila kondisi depresi seseorang sampai menyebabkan terganggunya aktivitas sosial sehari-harinya maka hal itu disebut sebagai suatu gangguan depresi. Beberapa gejala gangguan depresi adalah perasaan sedih, rasa lelah yang berlebihan setelah aktivitas rutin yang biasa, hilang minat dan semangat, malas beraktivitas, dan gangguan pola tidur. Depresi merupakan salah satu penyebab utama kejadian bunuh diri.

Penyebab suatu kondisi depresi meliputi: Faktor organobiologis karena ketidakseimbangan neurotransmitter di otak terutama serotonin, faktor psikologis karena tekanan beban psikis, dampak pembelajaran perilaku terhadap suatu situasi sosial dan faktor sosio-lingkungan misalnya karena kehilangan pasangan hidup, kehilangan pekerjaan, paska bencana, dampak situasi kehidupan sehari-hari lainnya. Menurut Diagnostic and Statistical Manual IV - Text Revision atau DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), seseorang menderita gangguan depresi jika lima (atau lebih) gejala di bawah telah ada selama periode dua minggu dan merupakan perubahan dari keadaan biasa seseorang, sekurangnya salah satu gejala harus emosi depresi atau kehilangan minat atau kemampuan menikmati sesuatu, yaitu: (1) keadaan emosi depresi/tertekan sebagian besar waktu dalam satu hari, hampir setiap hari, yang ditandai oleh laporan subjektif (misal: rasa sedih atau hampa) atau pengamatan orang lain (misal: terlihat seperti ingin menangis), (2) kehilangan minat atau rasa nikmat terhadap semua, atau hampir semua kegiatan sebagian besar waktu dalam satu hari, hampir setiap hari (ditandai oleh

laporan subjektif atau pengamatan orang lain), (3) hilangnya berat badan yang signifikan saat tidak melakukan diet atau bertambahnya berat badan secara signifikan (misal: perubahan berat badan lebih dari 5% berat badan sebelumnya dalam satu bulan), (4) insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari, (5) kegelisahan atau kelambatan psikomotor hampir setiap hari (dapat diamati oleh orang lain, bukan hanya perasaan subjektif akan kegelisahan atau merasa lambat), (6) perasaan lelah atau kehilangan kekuatan hampir setiap hari, (7) perasaan tidak berharga atau perasaan bersalah yang berlebihan atau tidak wajar (bisa merupakan delusi) hampir setiap hari, (8) berkurangnya kemampuan untuk berpikir atau berkonsentrasi, atau sulit membuat keputusan, hampir setiap hari (ditandai oleh laporan subjektif atau pengamatan orang lain), (9) berulang-kali muncul pikiran akan kematian (bukan hanya takut mati), berulang-kali muncul pikiran untuk bunuh diri tanpa rencana yang jelas, atau usaha bunuh diri atau rencana yang spesifik untuk mengakhiri nyawa sendiri.

Dari sembilan gejala yang dipaparkan di atas, ditemukan tujuh gejala depresi yang dialami subjek dalam penelitian ini. Hal ini terungkap pada saat peneliti melaksanakan pengambilan data. Pada saat itu subjek bercerita apa yang mereka alami pada saat mereka terinfeksi HIV/AIDS, yaitu rasa sedih terhadap diri sendiri, hilangnya minat dalam segala hal, berat badan yang berkurang drastis, susah tidur, merasa gelisah dalam kesehari-harian, merasa tidak berharga sehingga merasa bersalah akan keadaan yang subjek alami dan memunculkan pemikiran untuk mengakhiri masalah-masalah yang subjek alami (ideasi untuk bunuh diri). Gejala-gejala tersebut juga harus menyebabkan gangguan jiwa yang cukup besar dan signifikan sehingga menyebabkan gangguan nyata dalam kehidupan sosial, pekerjaan atau area penting dalam kehidupan seseorang.

Menurut Aditya (Suara Pembaruan, Kamis 4 juli 2002), yang terpenting dalam penanganan depresi ini adalah penguatan

individu di sekeliling penderita HIV/AIDS, selain faktor aktif melakukan konseling dan menjalani hidup sehat agar bisa mempertahankan hidup lebih lama dari penyakit yang menggerogoti kekebalan tubuh ini. "Seringkali terjadi penyangkalan atau penolakan terhadap penderita oleh keluarganya, ketika sampai di rumah, bahkan terjadi pengasingan penderita sehingga membuat mereka lari dari rumah dan ini malah menambah mata rantai penularan HIV/AIDS," ujar aktivis dan konselor AIDS ini.

Dukungan keluarga yang dimaksud disini termasuk ke dalam dukungan sosial, karena dukungan keluarga termasuk dalam dukungan sosial. Dukungan keluarga termasuk hal yang paling dibutuhkan seseorang dalam upaya meningkatkan motivasi sehingga dapat mempengaruhi kesehatan individu dan dapat mengurangi depresi yang disebabkan rasa putus asa karena menderita penyakit HIV/AIDS. Dengan dukungan keluarga seseorang bukan hanya termotivasi untuk terus menempuh cara melanjutkan hidup tapi juga lahirnya perasaan nyaman dan tenang saat seseorang tersebut mengetahui dengan jelas bahwa keluarganya tidak menjauhinya, tidak acuh tak acuh terhadap dirinya dan mendukungnya dalam menjalani hidupnya atas penyakitnya. Dukungan keluarga bisa dimaknai juga sebagai suatu dorongan yang walau bagaimanapun tentu akan besar artinya bagi ODHA karena putus asa dengan penyakitnya.

Berdasarkan uraian di atas, maka pertanyaan pada penelitian ini adalah, apakah ada hubungan antara dukungan keluarga terhadap kecenderungan depresi pada penderita HIV/AIDS?. Untuk menjawab pertanyaan tersebut, penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan mempertimbangkan kemampuan pendekatan kuantitatif untuk mengukur reaksi sejumlah orang dalam suatu jumlah yang terbatas sehingga memudahkan dalam perbandingan dan pengumpulan data secara statistik, seperti yang dikemukakan oleh Patton (Tjala & Baeda, 2001). Penelitian ini

akan dilakukan kepada ODHA HIV/AIDS yang telah menderita HIV/AIDS selama 3 sampai 6 bulan dan minimal 15-60 tahun. Adapun hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah ada hubungan negatif antara dukungan keluarga dan kecenderungan depresi pada penderita HIV/AIDS.

METODE PENELITIAN

Variabel Penelitian

Penelitian ini mengungkap dukungan keluarga sebagai variabel bebas dan depresi sebagai variabel tergantung.

Subjek Penelitian

Subjek pada penelitian ini adalah penderita HIV/AIDS atau ODHA di DIY, berusia 15-60 tahun, berjenis kelamin laki-laki dan perempuan, berjumlah 50 orang. Dari data yang dihasilkan pada rentang usia 15-20 tahun tercatat sebanyak 1 subjek, pada usia 21-35 tahun tercatat 14 subjek, pada usia 35-50 tahun tercatat 29 subjek dan pada usia 50 tahun terdapat 6 subjek, dan dari data yang dicatat terdapat ada yang kurang dari 1 tahun mengidap HIV/AIDS tercatat 1 subjek, lebih dari 1 tahun tercatat sebanyak 37 subjek dan lebih dari 5 tahun tercatat sebanyak 12 subjek.

Alat Ukur

Penelitian mengenai Dukungan Keluarga dan Kecenderungan Depresi pada Penderita HIV AIDS, menggunakan BDI (*Beck Depression Inventory*) sebagai alat ukur. Oleh karena itu, peneliti akan mengacu kepada aspek-aspek depresi menurut Beck. Semakin tinggi skor yang diperoleh maka semakin tinggi depresi, dan semakin rendahnya skor yang diperoleh maka semakin rendah kecenderungan depresinya. Sedangkan alat ukur dalam mengukur dukungan keluarga di ungkapkan dengan mempergunakan Skala Dukungan Keluarga yang dibuat sendiri oleh peneliti. Tinggi ataupun rendahnya pemberian dukungan keluarga dapat dilihat pada skor yang diperoleh. Jika skor yang diperoleh tinggi, maka semakin tinggi pemberian dukungan

keluarga, sebaliknya jika hasil skor skala rendah maka semakin rendah dukungan keluarga.

Teknik Analisis

Teknik analisis data yang dilakukan meliputi : uji validitas dan reliabilitas, uji normalitas, uji linieritas dan uji hipotesis. Untuk mempermudah proses perhitungan statistik, maka keseluruhan perhitungan dan pengujian hipotesis dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan program komputer *SPSS 16.0 for Windows* dan menggunakan korelasi oleh *Spearman*.

HASIL PENELITIAN

Uji Asumsi

Sebelum melakukan analisis data penelitian, maka terlebih dahulu dilakukan uji prasyarat analisis, yaitu berupa uji asumsi yang meliputi uji normalitas dan uji linieritas sebagai syarat untuk pengetesan nilai korelasi agar kesimpulan yang diambil tidak menyimpang dari yang seharusnya. Uji asumsi dilakukan dengan menggunakan program *SPSS 16,0 for windows*.

Uji Normalitas

Uji normalitas bertujuan untuk melihat apakah bentuk distribusi atau sebaran dari skor jawaban subjek normal atau tidak. Pengujian normalitas dilakukan terhadap distribusi skor dukungan keluarga dan depresi, dengan menggunakan teknik *one sample kolmogorov smirnov test*. Standar yang digunakan untuk mengetahui normal atau tidaknya sebaran data adalah jika $p > 0.05$ maka sebaran dinyatakan normal, namun jika $p < 0.05$ maka sebaran dinyatakan tidak normal.

Dari hasil pengolahan data depresi diperoleh koefisien $K-SZ = 1.111$ dengan $p = 0.169$ ($p > 0.05$) dan data dukungan keluarga diperoleh $K-SZ = 2.058$ dengan $p = 0.00$ ($p < 0.05$). Hasil uji normalitas tersebut menunjukkan bahwa data dukungan keluarga dapat dikatakan sebaran datanya tidak normal, sedangkan depresi sebaran datanya dikatakan terdistribusi dengan normal. Hasil tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 1. *Tabel uji normalitas*

Variable	KS-Z	p	Normalitas
Dukungan Keluarga	2.058	0.00	Tidak Normal
Depresi	1.111	0.169	Normal

Uji Linieritas

Uji linieritas merupakan pengujian garis regresi antara variabel bebas dengan variabel tergantung. Uji ini bertujuan untuk mengetahui apakah hubungan antara variabel dukungan keluarga dengan depresi pada penderita HIV/AIDS di Yogyakarta mengikuti garis linier atau tidak. Kaidah yang digunakan untuk mengetahui apakah hubungan antara variabel mengikuti garis linier atau tidak, adalah jika $p < 0.05$ maka dikatakan hubungannya mengikuti garis linier dan sebaliknya, jika $p > 0.05$ maka hubungannya tidak mengikuti garis linier.

Dari hasil uji linearitas pada kedua variabel diperoleh $F = 12.065$ dengan $p = 0.001$ ($p < 0.05$), sehingga dapat dikatakan bahwa ada hubungan antara kedua variabel karena hasil yang diperoleh mengikuti garis linier. Dikarenakan data dukungan keluarga sebaran datanya tidak normal, maka data dalam penelitian ini dianalisis dengan menggunakan teknik *product moment* dari *Spearman*. Hal tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 2. *Hasil uji Linieritas*

variabel	F	P	Linieritas
Dukungan Keluarga	12.065	0.001	Linier
Depresi			

Uji Hipotesis

Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah adanya ada hubungan yang positif antara dukungan keluarga dan depresi pada penderita HIV/AIDS di Yogyakarta. Semakin tinggi dukungan keluarga maka semakin rendah depresi pada penderita HIV/AIDS, sebaliknya semakin rendah dukungan keluarga maka semakin tinggi depresi pada penderita HIV/AIDS di Yogyakarta.

Pengujian terhadap hipotesis tersebut menggunakan teknik korelasi *Spearman*. Dari hasil pengolahan data diperoleh koefisien korelasi $r = -0.434$ dengan $p = 0.001$ ($p < 0.05$). Besarnya nilai $r = -0.434$

menunjukkan bahwa adanya korelasi negatif antar variabel bebas dengan tergantung. Angka $p = 0.001 < 0.05$ menunjukkan bahwa ada hubungan negatif yang sangat signifikan antar variabel bebas dengan variabel tergantung. Besarnya $r^2 = 0.189$ menunjukkan bahwa sumbangan dukungan keluarga terhadap depresi sebesar 18.9%. Hasil uji hipotesis dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 3. Hasil Uji Hipotesis

Variabel	r	r ²	p	Keterangan
Dukungan Keluarga Depresi	-0.434	0.189	0.001	Sangat Signifikan

Hasil analisis data ini menunjukkan bahwa hipotesis yang dikemukakan di awal oleh peneliti diterima.

PEMBAHASAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga terhadap depresi pada penderita HIV/AIDS. Setelah melakukan penelitian, maka terbukti bahwa ada hubungan negatif yang signifikan antara dukungan keluarga dengan depresi pada penderita HIV/AIDS dan dapat diartikan bahwa semakin tinggi dukungan keluarga maka semakin rendah kecenderungan depresi pada penderita HIV/AIDS.

Jadi, upaya untuk mengatasi depresi yang ditimbulkan dari situasi di mana penderita harus menjalani hari-hari dengan penuh tekanan dan kebingungan dalam menjalani hidupnya, maka dibutuhkan suatu cara yang tepat dan efektif. Salah satu caranya adalah pemberian dukungan keluarga. Dukungan keluarga ini berperan dalam mengurangi tingkat kecenderungan depresi pada saat terjadi tekanan pada penderita HIV/AIDS.

Sumber dukungan keluarga yang dapat mempengaruhi depresi bisa diperoleh dari dukungan secara emosional. Dukungan ini melibatkan perhatian yang berhubungan dengan emosi yang diberikan pada orang lain. Dukungan emosional mencakup empati, kepedulian dan perhatian yang diberikan kepada ODHA dari orang-orang di sekitarnya terutama anggota keluarganya. Jika dukungan ini dirasakan oleh ODHA,

maka ia akan memberikan kenyamanan dan perasaan saling memiliki dan dicintai ketika ODHA dalam keadaan tertekan, sehingga dapat menghindari ODHA dari depresi.

Dukungan penghargaan, dukungan ini terjadi lewat ungkapan hormat atau penghargaan positif untuk ODHA, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu dan perbandingan antara orang lain dan dirinya sehingga bisa menambah penghargaan diri individu. Selain itu dukungan penghargaan dapat membangun harga diri individu dengan sangat efektif saat individu berada pada situasi yang menekan. Jika dukungan ini diterima ODHA tentu saja akan memberikan dampak yang positif pada ODHA.

Dukungan instrumental mencakup bantuan langsung kepada ODHA, seperti jika orang lain memberikan bantuan pada saat individu sangat membutuhkan bantuan, sehingga di mana pada saat ODHA membutuhkan bantuan dan orang-orang disekitarnya terutama anggota keluarganya dapat langsung memberikan bantuan, sehingga ODHA merasa diperhatikan oleh keluarganya dan tentu saja. Jika dukungan instrumental dapat terpenuhi, maka depresi yang akan terjadi pada ODHA dapat terhindari.

Dukungan informatif merupakan hal yang biasa-biasa saja akan tetapi apabila dukungan ini diberikan kepada orang yang membutuhkannya akan berdampak sangat besar dan menjadi hal yang positif. Dukungan ini mencakup pemberian nasehat, petunjuk-petunjuk, saran atau umpan balik. Jika ODHA mendapatkan dukungan ini, maka akan menghindari ODHA dari depresi. Namun, jika ODHA tidak mendapatkan dukungan ini maka akan mempercepat kecenderungan depresi yang akan dialami ODHA, karena ODHA akan merasa bahwa dirinya tidak diperdulikan oleh orang-orang di sekitarnya dan terutama anggota keluarganya. Jadi apabila dukungan-dukungan ini diberikan oleh orang-orang terdekat ODHA, terutama keluarganya, maka akan berdampak positif dalam membangun kepercayaan diri, harga diri, dan tentu saja kesehatan secara fisik ataupun mental. Dari penjelasan di atas dapat ditarik

secara garis besar bahwa dukungan keluarga menjadi salah satu senjata untuk melawan depresi pada penderita HIV/AIDS. Mereka dapat memperoleh lagi penghargaan diri mereka karena kekuatan dan jaringan hubungan dengan orang lain sehingga dapat membantu penderita HIV/AIDS untuk menyadari bahwa mereka merasa dihargai serta memiliki keyakinan kembali setelah kehilangan kepercayaan diri (Cohan dan Hoberman, 1996)

Hasil analisis data yang dilakukan, menunjukkan nilai koefisien korelasi $r = -0.434$ dan $p = 0.001$ ($p < 0,05$) yang artinya terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga terhadap depresi pada penderita HIV/AIDS dan dukungan keluarga juga memberikan sumbangan efektif sebesar 18.9% kepada depresi pada penderita HIV/AIDS. Sisanya yaitu sebesar 81.1% dipengaruhi oleh faktor-faktor yang lain, yang berasal dari luar variabel yang diteliti dalam penelitian ini.

Pada kategorisasi dukungan keluarga subjek penelitian menunjukkan kategori sedang mengarah pada angka 74%, sehingga dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga yang dimiliki oleh penderita HIV/AIDS berada dalam kategori sedang, sehingga semakin tinggi dukungan keluarga maka semakin rendah kecenderungan depresi pada subjek di penelitian ini. Pada kategorisasi depresi subjek penelitian tergolong sangat rendah dan ringan mengarah pada angka 48%, jadi dapat ditarik sebuah simpulan bahwa pada sebagian besar penderita HIV/AIDS mengalami depresi dalam tingkatan yang sangat rendah dan ringan. Jadi semakin rendah depresi yang dimiliki subjek, maka semakin tinggi dukungan keluarga pada subjek di penelitian ini.

Kondisi ini dijelaskan oleh Sarafino (2006) bahwa berinteraksi dengan orang lain dapat memodifikasi atau mengubah persepsi individu mengenai kejadian tersebut, dan ini akan mengurangi potensi munculnya stres baru atau stres yang berkepanjangan sehingga menimbulkan perasaan depresi. Depresi muncul ketika upaya negosiasi tidak menolong dan orang tersebut merasa sudah tidak ada waktu untuk peluang lagi serta

tidak berdaya.

Dukungan keluarga yang diterima subjek ternyata berdampak positif terhadap aspek kesehatan, psikologis, sosial dan pekerjaan. Berikut ini adalah dampak yang diperoleh subjek, yaitu dampak keluarga terhadap psikologis bisa kita pahami dengan adanya dukungan keluarga yang subjek peroleh, menjadikan subjek tetap percaya diri dalam berhubungan dengan orang lain, tidak merasa rendah diri, tidak mudah putus asa, tidak minder, merasa dirinya berarti, tidak merasa cemas, tetap bersemangat, merasa ikhlas dengan kondisi subjek saat ini dan merasa lebih tenang dalam menghadapi sesuatu masalah.

Dampak dukungan keluarga terhadap kesehatan subjek yaitu, stres yang tinggi dan berlangsung dalam jangka waktu yang panjang atau lama dapat menimbulkan depresi dan memperburuk kondisi kesehatan dan menyebabkan penyakit. Tetapi dengan adanya dukungan keluarga yang diterima oleh individu yang sedang mengalami atau menghadapi depresi maka hal ini akan dapat mempertahankan daya tahan tubuh dan meningkatkan kesehatan individu (Baron & Byrne, 2000). Hal ini sesuai dengan yang dialami subjek, jika dilihat dari kondisi subjek yang terpapar HIV dan melemahnya sistem kekebalan tubuh subjek, maka tubuh subjek rentan terhadap penyakit. Adanya dukungan psikologis yang positif terhadap diri subjek menjadikan subjek terhindar dari stres. Hal tersebut memberikan dampak positif terhadap kesehatan subjek, sehingga subjek merasa lebih sehat, tidak mudah lelah dan tidak mudah sakit. Selain itu pun, dalam memerangi virus HIV, subjek menjadi lebih menjaga kesehatannya dengan minum obat secara teratur, makan tepat waktu, selalu berusaha menghindari pemakaian obat-obatan terlarang dan secara rutin mengkonsultasikan masalah kesehatannya ke dokter.

Dampak dukungan keluarga terhadap lingkungan sosial, yaitu dengan adanya dukungan sosial dan keluarga yang subjek peroleh, menjadikan subjek dapat bersosialisasi dengan lingkungan sekitar. Karena subjek memiliki banyak teman,

subjek dapat membantu dalam memberikan informasi mengenai akses kesehatan dan informasi tentang HIV/AIDS pada teman kelompok dukungan serta kepada masyarakat sekitar.

Dampak dukungan keluarga terhadap pekerjaan dapat dilihat dari pekerjaan subjek, saat ini subjek bekerja disebuah LSM yang menangani masalah HIV/AIDS. Adanya dukungan yang diperoleh subjek menjadikan subjek dapat mengoptimalkan keterampilan yang ada di dalam diri subjek dalam melakukan suatu pekerjaan, menjadikan subjek menjadi kreatif serta subjek dapat mengevaluasi pekerjaan subjek sehingga dapat menghasilkan pekerjaan yang lebih baik. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian (Kandouw, 2007) yang menyatakan masalah psikologis yang paling sering adalah depresi dan berbagai masalah sosial seperti stigma, masalah perkawinan, pekerjaan, dan lain-lain dimana dukungan keluarga akan mempengaruhi keadaan tersebut.

Hasil penelitian yang sudah didapat menunjukkan dukungan keluarga memberikan dampak yang positif dalam kehidupan diri subjek, di dalam penelitian ini dan memungkinkan dari sumbangan dukungan keluarga terhadap depresi sebesar 18.9%. Selebihnya sebanyak 81.1% bisa disebabkan dari faktor-faktor yang subjek dapatkan di dalam kehidupannya. Namun subjek dalam penelitian ini tertutup terhadap keadaannya sehingga peneliti menggunakan metode kuantitatif dengan skala sebagai alat ukur dalam penelitian ini dan pada saat pelaksanaan pengambilan data peneliti hanya dapat bertemu langsung kepada subjek hanya beberapa orang dikarenakan keadaan subjek yang tertutup, peneliti menggunakan jasa konselor yang sudah dipercaya oleh subjek, seharusnya lebih baik peneliti yang melakukan pengambilan data dikarenakan ada persamaan persepsi terhadap alat ukur yang digunakan pada penelitian ini. Pembuatan aitem-aitem yang digunakan pada skala dukungan keluarga belum spesifik mengungkapkan tentang dukungan keluarga, maka perlu dikhususkan lagi sumber dukungan keluarganya, sehingga subjek dapat memahami apa yang dimaksud dengan sumber dukungan keluarga pada

skala dukungan keluarga yang menjadi tolak ukur dalam penelitian ini.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Simpulan yang dapat diambil dari penelitian ini adalah terdapat korelasi yang negatif yang sangat signifikan antara dukungan keluarga dengan depresi dengan nilai $p= 0.001(p<0.05)$ dan nilai $r= -0.434$. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi dukungan keluarga maka akan semakin rendah depresi. Begitu pula sebaliknya, semakin rendah dukungan keluarga maka akan semakin tinggi depresi. Implikasi hasil penelitian ini memberikan pemahaman akan pentingnya memberi dukungan dari orang terdekat khususnya keluarga bagi para penderita HIV/AIDS karena apa yang mereka alami di dalam kehidupannya rentan mengalami depresi.

Saran

1. Bagi Pihak Keluarga ODHA

Berdasarkan hasil penelitian, kepada pihak keluarga dari ODHA disarankan untuk selalu memberikan dukungan baik secara moral atau fisik karena dengan diberikannya perhatian yang lebih kepada ODHA akan memberikan dampak positif untuk kehidupan ODHA.

Bagi peneliti selanjutnya

Peneliti menemukan kelemahan dari penelitian ini. Berikut beberapa saran yang dapat dilakukan oleh peneliti selanjutnya guna meningkatkan kualitas penelitian. Aitem dibuat lebih sedikit dengan tingkat validitas yang lebih tinggi. Hal ini untuk menghindari kelelahan subjek dalam ketika mengerjakan skala. Disarankan pengambilan data dalam penelitian langsung peneliti sendiri yang melaksanakannya dikarenakan dalam pelaksanaan pengisian skala dukungan keluarga dan depresi antara subjek dan peneliti perlu adanya kesamaan persepsi sehingga subjek mengerti apa yang seharusnya subjek berikan dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Beck, A.T. (1985). *Depression : Causes and Treatment. Philadelphia* : University of Pennsylvania Press
- Baron, R.A., & Byrne, D. (2000). *Social psychology, 9th ed.* Boston: Allyn & Bacon.
- Saragih, J (2008). Sindrom Depresif Pada Penderita HIV/AIDS Di RSUP Haji Adam Malik Medan. *Skripsi* (Tidak diterbitkan). Medan: USU.
- Kandouw, A. (2007). Proporsi gangguan Depresi Pada penyalahgunaan Zat yang Menjalani Rehabilitasi di RS Marzoeki Mahdi. No 156. Jakarta :*Jurnal Cermin Dunia Kedokteran.*
- Sarafino, E.P. (1994). Biopsychosocial Interactions. *Health Psychology Journal.* New York John Wiley & Sons, Inc :
- Sarafino, E.P. (2006). Biopsychosocial Interactions. *Health Psychology 5th Edition.* New York John Wiley & Sons, Inc :
- Tjala, A.,& Baeda, N. (2001). Penajaman Hasil Penelitian Psikologi dengan Pendekatan Kuantitatif. *Jurnal Ilmiah Psikologi Arkhe.* Th 6/no.1/2001
- Widiyanto, W. (2009). Strategi koping penderita hiv/aids. *Skripsi* (Tidak diterbitkan). Surakarta : Fakultas Psikologi UMS.

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN HIV/AIDS

Oleh : M. HARIS HADI SURURI

Prodi S1 Keperawatan STIKes Bina Sehat PPNI Mojokerto

Masalah yang timbul pada orang dengan HIV/AIDS bukan hanya dari infeksi virus ada juga dampak sosial yang dialami misalnya kurangnya dukungan dari keluarga. Dengan penyakit yang sudah dialami serta dukungan keluarga yang kurang dari keluarga sehingga mengakibatkan timbulnya gangguan yang lain seperti reaksi stres yang berkepanjangan yaitu depresi. Keluarga mempunyai sumber dukungan natural yang sangat efektif dalam proses perawatan HIV/AIDS sehingga bisa mengatasi depresi. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien HIV/AIDS di poli VCT RSUD Prof.Dr. Soekandar Mojokerto. Desain penelitian yang digunakan adalah analitik korelasi dengan Teknik pengambilan non probability sampling jenis consecutive sampling. Alat ukur yang digunakan ada dua macam kuisioner yaitu dukungan keluarga dan tingkat depresi BDI, yang dilakukan pada tanggal 1 April sampai dengan 30 April 2017 dengan jumlah populasi 51 responden dan sample 50 responden. Setelah data terkumpul dilakukan pengolahan data secara editing, coding, scoring, tabulasi dengan menggunakan distribusi frekuensi dan dilanjutkan dengan tabulasi silang (Crosstab). Hasil penelitian diuji dengan uji spearman rho. Didapatkan dengan hasil $p (0,000)$ dan $\alpha (0,05)$, sehingga $p (0,000) < \alpha (0,05)$ yang artinya H_0 ditolak dan H_1 diterima yang artinya ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien HIV/ AIDS di Poli VCT Rsud Prof. Dr. Soekandar Mojokerto. Oleh karena itu dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien HIV/AIDS untuk mengurangi depresi dengan memberikan dukungan, memberikan fasilitasi, serta mendampingi pasien saat dilingkungan rumah maupun saat kontrol ke poli.

Kata kunci: Dukungan Keluarga, HIV/AIDS, Tingkat Depresi.

PENDAHULUAN

HIV/AIDS (*Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome*) merupakan masalah kesehatan yang perlu mendapatkan perhatian serius. Hal ini karena perkembangan kasusnya di dunia yang terus mengalami peningkatan. Masalah yang timbul pada orang dengan HIV dan AIDS bukan hanya dari infeksi virus, ada juga dampak-dampak sosial yang terjadi misalnya di jauh teman, keluarga, maupun dari masyarakat luas. Dukungan keluarga mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap status kesehatan, rasa percaya diri dalam mengambil

keputusan, dan isolasi sosial setelah di kontrol faktor depresi. Keluarga mempunyai sumber dukungan natural yang sangat efektif dalam proses perawatan ODHA (Setyoadi, 2012). Pengalaman mengalami suatu penyakit pada pasien HIV dan AIDS akan membangkitkan berbagai persan dan reaksi stres, frustrasi, kemarahan, peyangkalan, rasa malu, berduka, sampai timbulnya gejala yang berkepanjangan yaitu depresi dengan adaptasi terhadap penyakit yang sudah dialaminya. Selama fase ini pasien sedih/berkabung mengesampingkan rasa marah dan sikap pertahananya, serta mulai

mengatasi kehilangan secara konstruktif. Pasien mencoba perilaku baru yang konsisten dengan keterbatasan baru. Tingkat emosional adalah kesedihan, tidak berdaya, tidak ada harapan, bersalah, penyesalan yang dalam kesepian, dan waktu untuk menangis berguna pada saat ini. Perilaku fase ini termasuk di dalamnya adalah ketakutan akan masa depan, berperan baru dalam keluarga intensitas depresi tergantung pada makna dan beratnya penyakit. (Nursalam,2008)

Data WHO mencatat, terdapat sekitar 131.000 orang yang baru terinfeksi HIV/AIDS di Eropa dan negara sekitarnya pada tahun 2013. Kenaikan 8% dari tahun sebelumnya yaitu 2014 sebesar 29.037 ini mengkhawatirkan, mengingat tren penurunan kasus-kasus AIDS di Dunia akhir-akhir ini. Menurut data yang dari departemen kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2016 menyatakan bahwa kasus baru pada pasien HIV dari tahun 2014 sampai tahun 2016 mengalami kenaikan dan penurunan. Pada tahun 2014 angka kejadian baru HIV mencapai 4.508 orang kemudian turun ditahun 2015 menjadi 4.155, namun pada tahun 2016 kembali naik dengan kenaikan 2000 orang lebih menjadi 6.513.

Pada pasien baru yang suda terkena AIDS memiliki kondisi seperti kasus HIV dengan jumlah pasien AIDS hingga desember 2016 yakni 1.110 orang (Kemenkes, 2017). Jawa timur merupakan provinsi penyumbang terbanyak kasus AIDS pertama setelah itu di ikuti oleh papua dan DKI Jakarta. Jumlah kasus kumulatif AIDS sampai dengan

September 2014 yaitu 12.374 kasus dan jumlah kasus baru AIDS di Jawa timur pada tahun 2012 yaitu 1.778 kasus, pada 2013 yaitu 2.583 kasus, pada 2014 yaitu 827 kasus. Sedangkan jumlah kasus baru infeksi HIV yaitu 2.912 kasus (2012), 3.391 kasus (2013), 4.508 kasus (2014). (Kemenkes.2015)

Jumlah penderita kasus HIV di Kabupaten Mojokerto tahun 2015 sebanyak 65 kasus, tetapi meningkat pada tahun 2016 mejadi 79 kasus, hal ini di sebabkan karena sebagian penderita terdeteksi pada saat sudah ternfeksi AIDS (DINKES Kabupaten Mojokerto, 2017).

Hasil studi pendahuluan yang di lakukan di poli VCT di RSUD Prof. Soekandar Kabupaten Mojokerto pada tanggal 16 November 2017 melakukan wawancara dukngan keluarga dan pembagian koesioner tingkat depresi dengan 8 penderita HIV/AIDS di dapatkan 5 (70%) penderita HIV/AIDS mengatakan mendapat dukungan dari keluarganya. Bentuk dukungan yang sudah di berikan keluarga menyediakan perlengkapan yang di butuhkan klien, kleuarga memberikan saya nasehat, usulan, saran, petunjuk dan memberikan informasi tentang kesehatan saya, keluarga memberikan dukungan terhadap proses penyembuhan penyakit saya, keluarga selalu menanyakan bagaimana keadaan saya. 3(30%) penderita HIV/AIDS lainnya masi malu-malu saat menceritakan hal-hal yang menyangkut dirinya dan penyakitnya penderita HIV/AIDS tersebut mengatakan bahwa belum ada dukungan dari keluarga karna takut jika pasien menceritakan ke salah satu keluarganya

mereka akan menjauhinya. Hasil studi pendahuluan tingkat depresi dengan melakukan wawancara dengan membacakan pertanyaan dari beberapa pertanyaan dari kuesioner depresi dengan 8 penderita HIV/AIDS di Poli VCT di dapatkan 3 (40%) penderita HIV/AIDS tidak mengalami depresi pasien terlihat tenang, komunikasi lancar dan terbuka untuk menceritakan penyakitnya. 3(40%) penderita HIV/AIDS selanjutnya mengalami tingkat depresi ringan masi ada perasaan sedih, masi berfikir bahwa hidupnya sudah tidak lama lagi. Sedangkan sisanya 2 (20%) penderita HIV/AIDS mengalami tingkat depresi sedang dengan sifat terburu-buru saat ingin diwawancarai, saat di senggung tentang penyakit dan pengobatan yang di alami penderita hanya pasrah tentang penyakit yang sudah di alami, penderita menghindari saat ada perkumpulan masyarakat.

Maka dari itu ODHA perlu dilakukan pengukuran tingkat depresi dan membutuhkan dukungan yang selalu dilakukan setiap waktu. Salah satunya adalah Dukungan keluarga yang memiliki sumber dukungan lingkungan keluarga sangat di perlukan karna meruapakan sumber dukungan yang mudah diperoleh dan sesuai dengan nilai dan norma sehingga pemberaiaan dapat dilakukan kapan dan dimanapun sehingga diharapkan bisa meningkatkan kualitas hidup bagi pasien HIV/AIDS (Setyoadi, 2012). Hasil penelitian menyebutkan bahwa dukungan sosial dari keluarga, teman, dan tenaga profesioanl dapat meningkatkan keterampilan dan sumber-

sumber coping bagi pasien HIV/AIDS (Goldsmi et al,2010).

METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian analitik korelation yaitu surve atau penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi kemudian melakukan analisis dinamika korelasi antara faktor risiko dengan faktor efek (Notoatmodjo, 2010), Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita HIV/AIDS di Poli VCT RSUD Prof. Dr. Soekandar Kabupaten Mojokerto. Yang berjumlah 51 pasien. sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah non probability sampling tipe Consecutive Sampling yaitu pemilihan sampling dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah pasien yang diperlukan terpenuhi (Nursalam,2008). Variable independen dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga sedangkan Variable dependen dalam penelitian ini adalah tingkat depresi. Pada penelitian ini intrumen yang digunakan untuk megidentifikasi variabel independen dan dependen. Variabel independen dukungan keluarga dengan menggunakan kuisisioner, untuk identifikasi variabel dependen tingkat depresi menggunakan kuisisioner BDI (Back Depression Inventory).

HASIL PENELITIAN

1. Data Umum

1. Jenis Kelamin

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan Jenis Kelamin di poli VCT RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojosari Mojokerto Pada tanggal 1 April- 30 April 2018

No	Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Laki-laki	13	26,0
2	Perempuan	37	74,0
Jumlah		50	100

Sumber Data : Kuesioner

Tabel 4.1 diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden dengan Jenis Kelamin yaitu perempuan sebanyak 37 responden (74,0%).

2. Usia

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan usia responden di poli VCT RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojosari Mojokerto Pada tanggal 1 April- 30 April 2018

No	Usia	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	15-20 tahun	0	0
2	21-44 tahun	2	4,0
3	45-59 tahun	48	96,0
Jumlah		50	100

Sumber Data: Kuesioner

Tabel 4.1 diatas menunjukkan bahwa hampir seluruhnya usia responden 45-59 tahun yaitu sebanyak 48 responden (96,0 %).

3. Tingkat Pendidikan

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan Pendidikan di poli VCT RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojosari Mojokerto Pada tanggal 1 April- 30 April 2018

No	Tingkat pendidikan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Tidak Sekolah	0	0
2	SD	1	2,0
3	SMP	7	14,0
4	SMA	41	82,0
5	Perguruan Tinggi	1	2,0
Jumlah		50	100

Sumber Data : Kuesioner

Tabel 4.3 diatas menunjukkan bahwa hampir seluruhnya responden dengan Pendidikan yaitu SMA yaitu sebanyak 41 responden (82,0 %), dan tidak satupun responden yang tidak sekolah sebanyak 0 responden (0%).

4. Bekerjaan

Tabel 4.4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan Pekerjaan di poli VCT RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojosari Mojokerto Pada tanggal 1 April- 30 April 2018

No	Pekerjaan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Ya	41	82,0
2	Tidak	9	18,0
Jumlah		50	100

Sumber Data : Kuesioner

Tabel 4.4 diatas menunjukkan hampir seluruhnya dari responden bekerja sebanyak 41 responden (82,0 %).

2. Data Khusus

1. Dukungan keluarga pada penderita HIV/AIDS di poli VCT RSUD Prof. Dr.

Soekandar Mojosari Mojokerto Pada tanggal 1 April- 30 April 2018

Tabel 4.5 Distribusi frekuensi responden berdasarkan dukungan keluarga di poli VCT RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojosari Mojokerto Pada tanggal 1 April- 30 April 2018

No	Dukungan Keluarga	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Baik	26	52,0
2	Cukup	16	32,0
3	Kurang	8	16,0
Jumlah		50	100

Sumber Data : Kuesioner

Berdasarkan tabel 4.5 diketahui bahwa sebagian besar persentase responden dukungan keluarga adalah dukungan keluarga baik sebanyak 26 responden (52,0%).

2. Tingkat depresi pada pasien HIV/AIDS di poli VCT RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojokerto Pada tanggal 1 April- 30 April 2018

Tabel 4.6 Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat depresi di poli VCT RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojosari Mojokerto Pada tanggal 1 April- 30 April 2018

No	Tingkat depresi	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Minimal	25	50,0
2	Ringan	14	28,0
3	Sedang	11	22,0
4	Berat	0	0
Jumlah		50	100

Sumber Data : Kuesioner

Berdasarkan tabel 4.6 diketahui bahwa setengah persentase responden

dengan tingkat depresi adalah Tingkat depresi minimal sebesar 25 responden (50,0%)

3. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi pada pasien HIV/AIDS di poli VCT RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojokerto Pada tanggal 1 April- 30 April 2018

Tabel 4.7 Tabulasi Silang Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi Pada Pasien HIV/AIDS di poli VCT RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojosari Mojokerto Pada tanggal 1 April- 30 April 2018

Dukungan Keluarga	Tingkat Depresi								Total	
	Minimal		Ringan		Sedang		Berat			
	F	%	F	%	F	%	f	%	F	%
Baik	25	96,2	1	3,8	0	0	0	0	26	100
Cukup	0	0	12	75,0	4	25,0	0	0	16	100
Kurang	0	0	1	12,5	7	87,5	0	0	8	100
Total	25	50	14	28	11	22	0	0	50	100

$p < 0,000$
 $CC = 0,938$

Sumber Data : Kuesioner

Berdasarkan tabel 4.7 diatas, dapat diketahui bahwa dari 26 responden yang menggunakan dukungan keluarga baik dengan setengah responden sebanyak 25 responden (96,2%) memiliki tingkat depresi minimal, sebagian kecil responden sebanyak 1 responden (3,8%) yang

memiliki tingkat depresi ringan, tidak satupun responden sebanyak (0) responden (0%).

Berdasarkan hasil analisa uji sperman rho dilakukan dengan menggunakan SPSS (statistical packg for the social sciences) diperoleh hasil ($p = 0,000 < \alpha = 0,05$) maka H_0 ditolak dan H_1 diterima yang artinya bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien HIV/AIDS di ruang poli VCT RSUD Prof Dr Soekandar Kabupaten Mojokerto dan nilai Correlation Coefficient dengan nilai ($cc=0,938$) yang artinya memiliki hubungan yang sangat kuat diantara dua variabel.

PEMBAHASAN

1. Dukungan Keluarga pada pasien HIV/AIDS di poli VCT RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojokerto.

Berdasarkan tabel 4.5 diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden menggunakan dukungan yang baik yaitu sebanyak 26 responden (52,0 %).

Dukungan keluarga adalah dukungan yang dirasakan oleh anggota keluarga/dapat diakses (dukungan sosial dapat atau tidak dapat digunakan, tetapi anggota keluarga menerima bahwa orang pendukung siap memberikan bantuan dan pertolongan jika dibutuhkan). Jenis – jenis dukungan keluarga yang diberikan berupa: Dukungan instrumental, Dukungan informasional, Dukungan penilaian, Dukungan emosional (Friedman, 2010). Adapula sumber –

sumber dukungan keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal seperti dukungan dari suami atau istri, saudara kandung atau dukungan dari anak dan dukungan sosial keluarga eksternal seperti sahabat, pekerjaan, tetangga, sekolah, kelompok rekreasi, tempat ibadah, dan praktisi kesehatan. (Setiadi, 2010).

Hal ini dikarnakan 26 responden mengetahui penyakit yang dialaminya sangatlah penting ditangani dan jika tidak di tangani kesehatan dan nyawanya akan terancam, sehingga responden bisa mengungkapkan citra dirinya dan penyakit yang dialaminya kepada keluarga maupun dilingkungan sosial sekitarnya agar mendapatkan dukungan keluarga serta bisa diteriam dilingkungan sekitar. Dalam penelitian ini reponden mampu mendapatkan dukungan keluarga, sehingga reponden bisa mencari solusi dalam menjalani penyakit yang dialaminya serta ketika responden mendapatkan masalah responden bisa menyelesaikan masalahnya.

Berdasarkan Tabel 4.2 menunjukkan bahwa hampir seluruhnya usia responden 45-59 tahun yaitu sebanyak 48 responden (96,0 %)dan menurut tabuasi silang pada usia 45-59 tahun ini menjadi usia terbesar yang memiliki dukungan keluarga baik yakni sebanyak 25 responden (52,1%)

Tahap perkembangan Artinya dukungan keluarga dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap

perubahan kesehatan berdeda-beda. Tidak karna itu saja adanya perbedaan fungsi fisik, psikologis maupun sosial, yang selanjutnya dapat menyebabkan suatu keadaan selalu bergantung kepada orang lain (Setiadi, 2010)

Hal ini dikaitkan dengan usia responden yang sudah berada pada usia dewasa 45-59 tahun pada usia dewasa seseorang akan mengalami kematangan untuk cara berfikir tentang mengatasi masalah yang ada sehingga responden bisa mengungkapkan jati dirinya dan penyakit yang dialaminya kepada keluarga maupun dilingkungan sosial sekitarnya agar mendapatkan dukungan keluarga serta bisa diterima di lingkuan disekitarnya. Dalam penelitian ini responden mampu untuk mendapatkan dukungan keluarga, sehingga responden bisa mencari solusi dalam menjalani penyakit yang dialaminya serta ketika responden medapatkan masalah responden bisa menyelesaikan masalahnya.

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan hampir seluruhnya dari responden memiliki tingkat pendidikan SMA sebanyak 41 responden (82,0%) dan menurut tabulasi silang tingkat pendidikan menjadi hampir seluruhnya yang memiliki dukungan keluarga baik sebanyak 26 responden.

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang berdiri dari pengetahuan, latar belakan pendidikan, dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami

faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehtan dirinya (Setiadi, 2010)

Salah satu faktor lain yang menunjukkan adalah tingkat pendidikan berdasarkan tabel 4.3 ada hampir seluruhnya responden berpendidikan SMA, dengan tingkat pendidikan yang tinggi sangat berpengaruh bagia setiap responden bisa menerima penyakitnya dan bisa mencari solusi untuk meningkatkan kesehatanya salah satunya adalah menerika dukungan dari keluarga, sebaliknya jika masi rendah pendidikan responden memiliki pemekikiran yang belum faham tentang dukungan keluarga masih belum bisa merasakan dukungan yang sudah diberikan keluarga. Serta dengan semakin sulit menerima sebuah informasi yang sedikit dari responden tentang penyakit yang dialaminya merekan hanya akan masih malu untuk menceritakan jati dirinya serta penyakit yang di alaminya kepada keluarga lainya serta dilingkungan sosial.

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan hampir seluruhnya dari responden bekerja sebanyak 41 responden (82,0 %) dan menurut tabulasi silang bekerja menjadi faktor hampir seluruhnya yang memiliki dukungan keluarga kurang baik sebanyak 24 responden.

Ekonomi dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Keadaan ekonomi keluarga mampu mencukupi dan

menyediakan fasilitas serta kebutuhan untuk keluarganya. Sehingga seseorang dengan tingkat sosial ekonomi menengah-tinggi akan berupaya untuk mencari tenaga kesehatan yang baik dan sesuai dengan penyakit yang di alaminya berbeda dengan tingkat ekonomi yang rendah mereka akan cenderung hanya mengandalkan obat-obatan seadanya yang ada dipuskesmas setempat (Setiadi, 2010)

Dalam hal ini dikaitkan dengan bekerja atau pekerjaan responden. Responden yang bekerja akan meningkatkan kepercayaan diri pada diri pasien karena mereka tidak akan tergantung pada orang lain responden bisa memenuhi kebutuhannya sendiri serta bisa membantu ekonomi untuk keluarganya, kebutuhan yang biasanya diperlukan salah satunya responden membutuhkan dukungan fasilitas seperti uang untuk biaya transportasi umum atau menggunakan alat transportasi sendiri, membayar sebagian biaya untuk pengobatan yang di butuhkan responden semuanya seharusnya membutuhkan dukungan dari keluarga yang baik.

2. Tingkat Depresi pada pasien HIV/AIDS di poli VCT RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojokerto.

Berdasarkan tabel 4.6 diatas menunjukkan bahwa setengah responden mempunyai tingkat Depresi minimal yaitu sebanyak 25 responden (50,0 %)

Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih

dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta gagasan bunuh diri (Azizah. L.M, 2016). Depresi merupakan gangguan kejiwaan pada alam perasaan (affectiv/mood disorder) yang ditandai dengan gejala kemurungan, kelesuhan, tidak ada gairah hidup, merasa tidak berguna, kekecewaan yang mendalam, rasa putus asa, pemikiran kematian dan keinginan bunuh diri yang timbul secara terus-menerus (Hawari. Dr,2010).

Sebagian besar responden yang berjumlah 26 memiliki tingkat depresi minimal dikarenakan sering mendapatkan motivasi dan dukungan dari keluarga serta orang dilikungan sosial sekitarnya, karena dengan menderita penyakit ini responden bisa diberikasih kasih sayang yang lebih dari orang sekelilingnya ,mereka juga sering menceritakan kepada keluarga apa saja yang dirasakan saat menjalani pengobatan, rasa percaya diri ketika mengambil keputusan juga salah satu faktor alasan terhadap peningkatan kesehatan mereka.

Bedasarkan tabel 4.3 menunjukkan hampir seluruhnya responden memiliki tingkat pendidikan SMA sebanyak 41 responden (82,0%) dan menurut tabulasi silang tingkat pendidikan menjadi sebagian besar yang memiliki tingkat depresi minimal sebanyak 25 responden.

Tingkat pendidikan yang rendah menanggapi sebuah stresor sebagai hal

yang wajar tanpa mencari solusinya, sedangkan tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan mencari solusi dan jalan keluar untuk mengatasi masalahnya. Seseorang yang memiliki tingkat pendidikan tinggi akan memberikan respon lebih terhadap rasional dalam mendapati masalah sehingga dapat meminimalkan resiko depresi dan juga dalam motivasi kerjanya akan berpotensi dari pada mereka yang berpendidikan lebih rendah (Kusuma.H,2011).

Berdasarkan data pendidikan tabel 4.3 hampir seluruhnya berpendidikan SMA. Berpendidikan yang tinggi memiliki rasa penasaran yang tinggi tentang pengetahuannya penyakit yang dialaminya serta mencari jalan keluar yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatannya. Sehingga pasien bisa mengondisikan kesehatannya kapan mereka merasa sehat dan kapan mereka memerlukan bantuan dari petugas kesehatan.

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan hampir seluruhnya responden bekerja sebanyak 41 responden (82,0%) dan menurut tabulasi silang bekerja menjadi sebagian besar yang memiliki tingkat depresi minimal sebanyak 23 responden.

Status ekonomi memberikan pengaruh terhadap penanganan sebuah gejala gangguan kesehatan termasuk resiko terjadinya depresi. Ada beberapa jenis sosial ekonomi di masyarakat yaitu kelas menengah memiliki suatu hubungan yang

lebih demokratis dan adil dalam menyikapi keadaan kesehatan menganggap gejala dini depresi dianggap sepele oleh sebagian orang, sementara dalam keluarga kelas bawah memiliki hubungan yang ada lebih otoritas juga menganggap gejala depresi sebagai hal yang wajar tanpa dilakukan tindakan yang lebih lanjut karna berhubungan dengan ekonomi yang dimilikinya. Sedangkan semakin tinggi ekonomi seseorang akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan sehingga akan cepat mencari pertolongan untuk mengatasi sebuah gangguan dalam kesehatan sehingga resiko depresi bisa diatasi (Kusuma .H,2011).

Responden dalam penelitian ini memiliki pekerjaan yang bisa menjadi sumber keuangan bagi dirinya. Sehingga ekonomi tidak mejadi faktor yang memberatkan seseorang untuk mencari layanan kesehatan yang dibutuhkan. Tidak karna itu juga banyak orang yang terlambat terdiagnosa gejala depresi karna ekonomi yang rendah sehingga seseorang akan tidak bisa terdeteksi dini seberap tingkat depresi dan tidak cepat ditanganan karena memikirkan biaya yang harus dikelurkan untuk dirinya.

3. Analisa Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi pada pasien HIV/AIDS di poli VCT RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojokerto.

Berdasarkan tabel 4.7 diatas, Berdasarkan tabel 4.7 diatas, dapat diketahui bahwa dari 26 responden yang menggunakan dukungan keluarga baik

dengan setengah responden sebanyak 25 responden (96,2%) memiliki tingkat depresi minimal, sebagian kecil responden sebanyak 1 responden (3,8%) yang memiliki tingkat depresi ringan, tidak satupun responden sebanyak (0) responden (0%) yang memiliki tingkat depresi sedang dan berat.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian Fahrulrozi .M (2017) yang membuktikan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien stroke ($p=0,028$). Orang-orang dengan dukungan keluarga tinggi dapat memiliki penghargaan diri yang lebih tinggi yang membuat mereka tidak mudah diserang depresi. Dukungan dari teman dan keluarga sangat diperlukan oleh seseorang yang mengalami depresi dan kecemasan, karena dengan mendapatkan dukungan dari orang lain seseorang yang mengalami depresi dan kecemasan tidak sendirian merasakan masalah yang dihadapinya (Taylor, Peplau, & Sears. 2009). Dukungan keluarga mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap status kesehatan, rasa percaya diri dalam mengambil keputusan, dan isolasi sosial setelah di kontrol faktor depresi. Keluarga mempunyai sumber dukungan natural yang sangat efektif dalam proses perawatan ODHA (Setyoadi, 2012).

Dengan hasil dari penelitian di atas bahwa keluarga dapat mejadih faktor yang sangat berpengaruh dalam kesehatan pasien HIV/AIDS sumber dukungan yang diberikan keluarga bisa sampai dirasakan

oleh pasien sehingga meningkatkan tingkat kualitas hidup mereka. Dukungan keluarga meliputi, keluarga menyediakan fasilitas untuk berobat transportasi, mengambilkan obat, perawatan diri keluarga memeberikan segala bentuk informasi tentang pasien ,jadwal pengobatan, menjelaskan tentang penyakit yang sebgaiian belu difahami, memberikan nasehat keluarga meberikan segala pujian dan hadiah saat pasien melakukan hal yang positif bagi kesehatanya maupun bagi orang disekitarnya keluarga memberikan kasi sayang dan cinta yang tulus untuk meingkatkan semangat hidup pada diri pasien. Sehingga responden terhindar dari stresor yang memperberat keadaan serta bisa menyelesaikan masalahnya tanpa adanya gangguan berfikir negatif / kecemasan yang berlarut-larut karena reponden tidak merasa sendiri untuk menghadapi sebuah masalah.

Hasil penelitian sebagian kecil 1 responden (2,0%) dengan dukungan keluarga baik namun dengan tingkat depresi ringan. Seharusnya dengan dukungan keluarga baik reponden tidak merasakan stresor yang di alaminya sampai pada perasaan yang berlarut-larut. Adanya faktor usia yang mempengaruhi sebuah respon diri terhadap sebuah stresor yang di dapatkannya karna pertumbuhan dan perkembangan menyesuaikan cara berfikir untuk menyelesaikan masalah dan menerima masalah. Pada rentan usia

memeiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien HIV/AIDS di Poli VCT RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojokerto, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Dukungan keluarga pada pasien HIV/AIDS di Poli VCT RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojokerto menunjukkan bahwa setengah responden mendapatkan dukungan keluarga yang baik
2. Tingkat depresi pada pasien HIV/AIDS di Poli VCT RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojokerto menunjukkan bahwa setengah responden memiliki tingkat depresi minimal
3. Ada hubungan bermakna antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien HIV/AIDS di Poli VCT RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojokerto dengan nilai ($p=0,000$) dan nilai Correlation Coefficient dengan nilai ($cc=0,938$) yang artinya memiliki hubungan yang sangat kuat diantara dua variabel.

DAFTAR PUSTAKA

- Mojokerto, D. (2016). Profil Dinkes Kab. Mojokerto th 2016. <http://dinkes.mojokerto.go.id/upload/profilDinkesKab.MojokertoTh.2016.pdf> , 40-69.
- Notoadmojo, S. (2010). *Metologi Penelitian Kesehatan*. jakarta: PT. Rinika cipta.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penetapan Metodologi Penelitian Ilmu*

Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.

Kemenkes RI (2015). Profil Kesehatan Indonesia. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2015.pdf> 167

Setyoadi. (2012). *Strategi Pelayanan Bagi Penderita AIDS*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: CV.Alfabeta.

Taylor, Peplau, & Sears (2009). *Psikologi Sosial*. Jakarta: Kencana Prenada Media Grup.

Yosep, I. (2011). *Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT. Rafika Aditama.

HUBUNGAN TINGKAT DEPRESI DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN HIV/AIDS DI RSUP.DR.KARIADI SEMARANG

Elyana Hapsari¹, Widodo Sarjana², Muchlis A.U Sofro³¹Mahasiswa Program Pendidikan S-1 Kedokteran Umum, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro²Staf Pengajar Ilmu Psikiatri, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro³Staf Pengajar Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro

Jl. Prof. H. Soedarto, SH., Tembalang-Semarang 50275, Telp. 024-76928010

ABSTRAK

Latar Belakang : Epidemik HIV/AIDS saat ini telah melanda seluruh negara di dunia. Semarang adalah penyumbang angka HIV/AIDS terbesar di Jawa Tengah. Penyakit HIV/AIDS telah menimbulkan masalah yang cukup luas terhadap individu yang terinfeksi yakni meliputi masalah fisik, sosial, dan emosional. Salah satu masalah emosional terbesar yang dihadapi ODHA adalah depresi. Kasus depresi pada ODHA ini diperkirakan mempunyai frekuensi mencapai 60% dari total kasus depresi yang ada. Depresi yang berkelanjutan akan menyebabkan penurunan kondisi secara fisik dan mental, sehingga sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup ODHA.

Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara depresi dengan kualitas hidup serta mengetahui apakah terdapat hubungan antara faktor demografi dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

Metode : Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancangan penelitian (*Cross sectiona*). Tingkat depresi dan kualitas hidup diukur dari skor pada kuesioner *BDI* dan *WHO-QOL*. Sampel penelitian berjumlah 92 orang yaitu pasien HIV/AIDS di Poli Penyakit Tropis dan Infeksi RSUP. Dr. Kariadi Semarang yang memenuhi kriteria inklusi. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan metode *non probability sampling* melalui *consecutive sampling*. Analisis data penelitian menggunakan uji *Chi Square*.

Hasil : Dari hasil analisis menunjukkan adanya hubungan antara depresi dengan kualitas hidup pada domain lingkungan ($p = 0,037$, $\alpha = 0,05$), serta didapatkan pula adanya hubungan antara lama menderita dengan kualitas hidup pada domain psikologis ($p = 0,009$, $\alpha = 0,05$).

Kesimpulan : Terdapat hubungan yang bermakna antara depresi dengan kualitas hidup pada domain lingkungan dan hubungan yang bermakna antara lama menderita dengan kualitas hidup domain psikologis.

Kata kunci : depresi, kualitas hidup, HIV/AIDS

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE PATIENTS LIFE WITH HIV/AIDS IN RSUP.DR.KARIADI SEMARANG

Background : HIV/AIDS epidemic has now spread over all countries in the world. Semarang contributes most of the cases in Central Java. HIV/AIDS has caused numerous problems in the infected individual including physical, social, and emotional. One of the emotional problems faced by PLWHA is depression. Depression cases in PLWHA are estimated to be 60% of total depression cases. Continuous depression will cause a drop in physical and mental condition, so it will greatly affect the quality of life of PLWHA.

Aim : To find out whether there is a relation between depression and quality of life, and to know whether there is a relation between demographic factors and quality of life of patients with HIV/AIDS in RSUP dr. Kariadi Semarang.

Methods : This study is an observational study using cross-sectional method. Depression level and quality of life are measured using BDI and WHO-QOL questionnaire. The samples were 92 patients with HIV/AIDS in the Department of Tropical and Infectious Disease RSUP dr. Kariadi Semarang that met the inclusion criterias. The sampling technique was conducted with non probability sampling through consecutive sampling. Data analysis was using Chi Square.

Results : The analysis showed an association between depression and quality of life in the environmental domain ($p=0.037$, $\alpha=0.05$), and association between time since diagnosed and quality of life in psychological domain ($p=0,009$, $\alpha=0.05$).

Conclusion : There is a significant relation between depression and quality of life in the environmental domain and also between time since diagnosed and the quality of life in psychological domain.

Keywords : depression, quality of life, HIV/AIDS

PENDAHULUAN

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) adalah sekumpulan gejala yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia akibat infeksi virus HIV.¹Epidemi HIV/AIDS saat ini telah melanda seluruh negara di dunia. Sejak pertama kali kasus infeksi virus yang menyerang kekebalan tubuh ini ditemukan di New York pada tahun 1981, diperkirakan virus ini telah mengakibatkan kematian lebih dari 25 juta orang di seluruh dunia.²

Pada tahun 2014 terdapat 36.9 juta manusia hidup dengan HIV positif di seluruh dunia.³Kasus HIV/AIDS yang pertama kali muncul di Indonesia pada tahun 1987, dan jumlah yang terinfeksi HIV terus meningkat pesat dan tersebar luas. Sejak 1987 sampai 2014 telah mencapai 150.296 kasus HIV dan 55.799 kasus AIDS.⁴

Jawa Tengah merupakan provinsi dengan jumlah kasus yang cukup besar. Kasus HIV/AIDS di Jawa Tengah berada pada posisi ke-7 nasional. Semarang adalah penyumbang angka HIV/AIDS terbesar di Jawa Tengah mulai 1993 sampai September 2014.⁵ Pasien HIV/AIDS sendiri yang masih aktif mengambil obat ARV di Poliklinik Penyakit Tropik dan Infeksi RSUP Dr. Kariadi Semarang berjumlah 615 orang selama tahun 2015.

Penyakit HIV/AIDS telah menimbulkan masalah yang cukup luas terhadap individu yang terinfeksi yakni meliputi masalah fisik, sosial, dan emosional.⁶ Salah satu masalah emosional terbesar yang dihadapi ODHA adalah depresi.⁷Kasus depresi pada ODHA ini diperkirakan mempunyai frekuensi mencapai 60% dari total kasus depresi yang ada. Angka

ini lebih tinggi dari prevalensi depresi yang ada pada masyarakat umum, yaitu hanya sekitar 5-10% dari total kasus depresi.⁸

Depresi yang berkelanjutan akan menyebabkan penurunan kondisi secara fisik dan mental, sehingga dapat menyebabkan seseorang malas untuk melakukan aktivitas *self care* harian secara rutin, sebagai akibatnya akan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup ODHA.⁹

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan rancangan belah lintang. Penelitian ini telah dilaksanakan di Poli Infeksi Tropis RSUP.DR.Kariadi Semarang pada bulan Februari-Mei 2016.

Subjek penelitian adalah penderita HIV AIDS yang berada di Poli Infeksi Tropis RSUP.DR.Kariadi Semarang, berusia lebih dari sama dengan 18 tahun dan kurang dari sama dengan 60 tahun, dapat membaca dan menulis, dan bersedia mengikuti penelitian dengan terlebih dahulu menandatangani *informed consent*. Penderita yang mengalami gangguan fisik dan psikiatri berat tidak dimasukkan dalam penelitian.

Berdasarkan perhitungan, besar sampel yang dibutuhkan untuk penelitian ini adalah minimal 92 orang. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan 94 orang sebagai subjek penelitian.

Variabel bebas penelitian adalah tingkat depresi yang dibagi menjadi tidak depresi, depresi ringan, sedang, dan berat dan diukur menggunakan kuesioner BDI (*Beck Depression Inventory*). Variabel terikat penelitian adalah kualitas hidup yang diukur menggunakan kuesioner *WHO-QOL BREF* dan terbagi menjadi kualitas hidup kurang, cukup, dan baik pada setiap domainnya.

Uji hipotesis untuk hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS menggunakan uji *chi square*. Nilai p dianggap bermakna apabila $<0,05$. Analisis statistik dilakukan dengan menggunakan program komputer.

HASIL

Sebanyak 100 kuesioner dibagikan kepada pasien HIV/AIDS yang menjalani rawat jalan di poli tersebut. Diantara 100 kuesioner hanya 94 yang dapat dijadikan sumber data penelitian dikarenakan 6 kuesioner lainnya mengalami drop out.

Karakteristik Responden**Tabel 1.** Karakteristik demografi responden berbentuk data numerik.

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Max	IK95%
Usia (thn)	32	33	6	18-56	31,34-34,15
Lama Menderita (bln)	36	24	34	1-140	29,18-43,23

Tabel 2. Karakteristik demografi responden berbentuk data kategorik.

Variabel	Jumlah	Presentase (%)
Jenis Kelamin		
Perempuan	41	44
Laki-laki	53	56
Pendidikan Terakhir		
SD	11	12
SMP	19	20
SMA	43	46
PT	21	22
Pekerjaan		
Tidak bekerja	14	15
PNS	2	2
Swasta	33	35
Wiraswasta	18	19
Mahasiswa	27	29
Status pernikahan		
Belum Menikah	35	37
Menikah	37	39
Cerai mati	11	12
Cerai hidup	11	12
Jumlah CD4		
Tinggi	61	65
Rendah	33	35

Tabel 3. Karakteristik responden berdasarkan status depresi

Tingkat Depresi	Jumlah	Presentase (%)
Tidak depresi	50	53
Depresi ringan	18	19
Depresi sedang	13	14
Depresi berat	13	14

Tabel 4. Karakteristik responden berdasarkan kualitas hidup

Kualitas Hidup	Jumlah	Presentase (%)
Domain Fisik		
Baik	1	1
Cukup	34	36
Kurang	59	63
Domain Psikologis		
Baik	3	3
Cukup	37	39
Kurang	54	58
Domain Sosial		
Baik	3	3
Cukup	40	43
Kurang	51	54
Domain Lingkungan		
Baik	9	10
Cukup	54	57
Kurang	31	33

Hubungan Faktor Demografi dengan Kualitas Hidup

Tabel 5. Hubungan Faktor Demografi dengan Kualitas Hidup domain Fisik&Psikologis

Faktor Demografi	Kualitas Hidup							
	Domain Fisik				Domain Psikologis			
	Baik (%)	Cukup (%)	Kurang (%)	p	Baik (%)	Cukup (%)	Kurang (%)	p
Jenis Kelamin								
Perempuan	0	15 (36.6)	26 (63.4)	0.676	0	17 (41.5)	24 (58.5)	0.299
Laki-laki	1 (1.9)	19 (35.8)	33 (62.3)		3 (5.7)	20 (37.7)	30 (56.6)	
Status Perkawinan								
Belum menikah	1	13 (37.1)	21 (60)	0.881	3 (8.6)	15 (42.9)	17 (48.6)	0.136
Menikah	0	14 (37.8)	23 (62.2)		0	17 (45.9)	20 (54.1)	
Cerai mati	0	4 (36.4)	7 (63.6)		0	2 (18.2)	9 (81.8)	
Cerai hidup	0	3 (27.3)	8 (72.7)		0	3 (27.3)	8 (72.7)	
Pendidikan Terakhir								
SD	0	4 (36.4)	7 (63.6)	0.599	0	4 (36.4)	7 (63.6)	0.633
SMP	0	5 (26.3)	14 (73.7)		0	7 (36.8)	12 (63.2)	
SMA	1 (2.3)	15 (34.9)	27 (62.8)		3 (7)	16 (37.2)	24 (55.8)	
PT	0	10 (47.6)	11 (52.4)		0	10 (47.6)	11 (52.4)	
Lain-lain	0	0	0		0	0	0	
Pekerjaan								
Mahasiswa	0	0	0	0.378	0	0	0	0.513
Tidak kerja	1 (7.1)	3 (21.4)	10 (71.4)		1 (7.1)	6 (42.9)	7 (50)	
PNS	0	0	2 (100)		0	0	2 (100)	
Swasta	0	12 (36.4)	21 (63.6)		1 (3)	11 (33.3)	21 (63.6)	
Wiraswasta	0	8 (44.4)	10 (55.6)		0	10 (55.6)	8 (44.4)	
Lain-lain	0	11 (40.7)	16 (59.3)		1 (3.7)	10 (37)	16 (59,3)	
Jumlah CD4								
Tinggi	0	23 (37.7)	38 (62.3)	0.374	2 (3.3)	23 (37.7)	36 (59)	0.697
Rendah	1 (3)	11 (33.3)	21 (63.6)		1 (3)	14 (42.4)	18 (54.5)	

Tabel 6. Hubungan Faktor Demografi dengan Kualitas Hidup DomSosial&Lingkungan

Faktor Demografi	Kualitas Hidup							
	Domain Sosial				Domain Lingkungan			
	Baik (%)	Cukup (%)	Kurang (%)	p	Baik (%)	Cukup (%)	Kurang (%)	p
Jenis Kelamin				0.180				0.561
Perempuan	0	16 (39)	25 (61)		4 (9.8)	25 (61)	12 (29.3)	
Laki-laki	3 (5.7)	24 (45.3)	26 (49.1)		5 (9.4)	29 (54.7)	19 (35.8)	
Status Perkawinan				0.081				0.265
Belum menikah	3 (8.6)	13 (37.1)	19 (54.3)		6 (17.1)	16 (45.7)	13 (37.1)	
Menikah	0	21 (56.8)	16 (43.2)		2 (5.4)	26 (70.3)	9 (24.3)	
Cerai mati	0	2 (18.2)	9 (81.8)		1 (9.1)	5 (45.5)	5 (45.5)	
Cerai hidup	0	4 (36.4)	7 (63.6)		0	7 (63.6)	4 (36.4)	
Pendidikan Terakhir				0.728				0.487
SD	0	4 (36.4)	7 (63.6)		0	6 (54.5)	5 (45.5)	
SMP	0	11 (57.9)	8 (42.1)		2 (10.5)	10 (52.6)	7 (36.8)	
SMA	2 (4.7)	17 (39.5)	24 (55.8)		4 (9.3)	25 (58.1)	14 (32.6)	
PT	1 (4.8)	8 (38.1)	12 (57.1)		3 (14.3)	13 (61.9)	5 (23.8)	
Lain-lain	0	0	0		0	0	0	
Pekerjaan				0.830				0.348
Mahasiswa	0	0	0		0	0	0	
Tidak kerja	0	5 (35.7)	9 (64.3)		3 (21.4)	5 (35.7)	6 (42.9)	
PNS	0	1 (50)	1 (50)		0	1 (50)	1 (50)	
Swasta	1 (3)	14 (42.4)	18 (54.5)		0	21 (63.6)	12 (36.4)	
Wiraswasta	1 (5.6)	9 (50)	8 (44.4)		2 (11.1)	11 (61.1)	5 (27.8)	
Lain-lain	1 (3.7)	11 (40.7)	15 (55.6)		4 (14.8)	16 (59.3)	7 (25.9)	
Jumlah CD4				0.422				0.098
Tinggi	3 (4.9)	25 (41)	33 (54.1)		3 (4.9)	38 (62.3)	20 (32.8)	
Rendah	0	15 (45.5)	18 (54.5)		6 (18.2)	16 (48.5)	11 (33.3)	

Tabel 7. Hubungan Faktor Demografi Usia dengan Kualitas Hidup

Kualitas Hidup	N	Rerata (s.b)	Nilai p
Domain Fisik			
Baik	1	31	0.968
Cukup	34	32.8 (7.66)	
Kurang	59	32.8 (6.47)	
Domain Psikologis			
Baik	3	35 (4.00)	0.845
Cukup	37	32.6 (7.90)	
Kurang	54	32.7 (6.25)	
Domain Sosial			
Baik	3	29.3 (8.38)	0.672
Cukup	40	33.03 (6.74)	
Kurang	51	32.7 (6.95)	
Domain Lingkungan			
Baik	9	32 (6.06)	0.772
Cukup	54	32.5 (6.36)	
Kurang	31	33.5 (7.93)	

Tabel 8. Hubungan Faktor Demografi Lama menderita dengan Kualitas Hidup

Kualitas Hidup	N	Rerata (s.b)	Nilai p
Domain Fisik			
Baik	1	79	0.458
Cukup	34	35.7 (33.16)	
Kurang	59	35.7 (35)	
Domain Psikologis			
Baik	3	88.6 (11.53)	0.004
Cukup	37	42.2 (40.40)	
Kurang	54	29.2 (26.79)	
Domain Sosial			
Baik	3	48.3 (46.21)	0.771
Cukup	40	37.3 (35.66)	
Kurang	51	34.6 (33.12)	
Domain Lingkungan			
Baik	9	36 (41.21)	0.939
Cukup	54	35.2 (35.96)	
Kurang	31	38 (30.04)	

Uji *One way Anova*, analisis *Post Hoc Bonferroni* domain Psikologis : Baik vs Cukup $p = 0.061$; Baik vs Kurang $p = 0.009$; Cukup vs Kurang $p = 0.193$.

Dari Tabel 8. Menunjukkan pada domain psikologis ($p=0,004$) terdapat paling tidak dua kelompok yang memiliki rerata lama menderita yang berbeda bermakna. Setelah dilakukan uji Post Hoc Bonferroni, diketahui terdapat perbedaan rerata lama menderita antar kelompok kualitas hidup baik dengan kurang pada domain psikologis.

Hubungan Tingkat Depresi dengan Kualitas Hidup

Tabel 9. Hubungan Tingkat Depresi dengan Kualitas Hidup

Depresi	Kualitas Hidup							
	Domain Fisik				Domain Psikologis			
	Baik (%)	Cukup (%)	Kurang (%)	p	Baik (%)	Cukup (%)	Kurang (%)	p
Tidak	0	18 (36)	32 (64)	0.353	1 (2)	18 (36)	31 (62)	0.3
Ringan	0	7 (38,9)	11 (61,1)		0	11 (61,1)	7 (38,9)	
Sedang	0	4 (30,8)	9 (69,2)		1 (7,7)	5 (38,5)	7 (53,8)	
Berat	1 (7,7)	5 (38,5)	7 (53,8)		1 (7,7)	3 (23,1)	9 (69,2)	

Depresi	Kualitas Hidup							
	Domain Sosial				Domain Lingkungan			
	Baik (%)	Cukup (%)	Kurang (%)	p	Baik (%)	Cukup (%)	Kurang (%)	p
Tidak	1 (2)	21 (42)	28 (56)	0.219	2 (4)	32 (64)	16 (32)	0.037
Ringan	0	7 (38.9)	11 (61.1)		1 (5.6)	13 (72.2)	4 (22.2)	
Sedang	2 (15.4)	5 (38.5)	6 (46.2)		2 (15.4)	5 (38.5)	6 (46.2)	
Berat	0	7 (53.8)	6 (46.2)		4 (30.8)	4 (30.8)	5 (38.5)	

Dari Tabel 9. diketahui ada hubungan yang bermakna antara depresi dengan kualitas hidup pada domain lingkungan ($p=0,037, \alpha=0,05$).

PEMBAHASAN

Rata-rata usia responden dalam penelitian ini adalah 32 tahun dengan rentang usia 18-56 tahun. Usia rata-rata tersebut sesuai Dinkes Kota Semarang yang menyatakan bahwa pengidap HIV/AIDS tertinggi adalah usia 25-49 tahun.⁹Distribusi jenis kelamin responden yang paling banyak dalam penelitian ini adalah pria. Hasil ini sesuai dengan Profil Kesehatan Kota Semarang, jumlah penderita terbanyak adalah pria.⁹Dari hasil ini dapat dilihat laki-laki lebih rentan terkena infeksi HIV karena berdasarkan cara penularan, laki-laki lebih banyak terpapar dengan kejadian infeksi HIV yakni melalui tiga cara utama meliputi: penularan, homoseksual, dan heteroseksual (seks bebas).

Berdasarkan status perkawinan diperoleh sebagian besar responden tidak memiliki pasangan, baik belum menikah, cerai mati, maupun cerai hidup. Hal ini sesuai dengan penelitian Cotton et al (2006) yang menyatakan bahwa mayoritas pasien HIV/AIDS belum menikah atau tanpa pasangan.¹⁰Dari hasil penelitian ini diketahui paling banyak responden memiliki tingkat pendidikan yang tinggi yaitu SMA. Sebagian besar responden memiliki pekerjaan, seperti swasta, PNS, wiraswasta maupun pekerjaan lainnya.

Berdasarkan jumlah CD4 sebagian besar responden memiliki jumlah CD4 tinggi, Masih tingginya jumlah CD4 dimungkinkan karena keterbatasan peneliti dimana waktu pengambilan sampel tidak berdekatan dengan waktu pemeriksaan jumlah CD4, sehingga terjadi bias pengukuran. Sedangkan untuk lama menderita, didapatkan waktu paling singkat 1 bulan dan paling lama 140 bulan.

Dari analisis hubungan, didapatkan tidak adanya hubungan yang bermakna antara usia, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan, pendidikan, dan jumlah CD4 dengan kualitas hidup pada pasien HIV AIDS. Sedangkan pada lama menderita, menunjukkan hipotesis terbukti dimana ada perbedaan yang signifikan rata-rata lama menderita penyakit antara responden yang memiliki kualitas hidup baik dan kualitas hidup buruk pada domain psikologis.

Domain psikologi terdiri dari perasaan positif dan negatif, cara berpikir, harga diri, penampilan tubuh, dan spiritual.¹¹Berdasarkan teori, dapat dilihat dari perjalanan penyakit dimana semakin lama pasien menderita penyakit maka akan semakin rentan pula pasien terkena berbagai komplikasi penyakit dari yang ringan hingga berat. Dengan mudahnya terkena penyakit-penyakit tersebut maka mungkin akan berefek pada penampilan tubuh

penderita, penderita akan merasa kondisi tubuh mereka sangat buruk, hal ini dapat menyebabkan penderita menjadi tidak percaya diri dalam menghadapi hidup. Dengan demikian, inilah yang mungkin menjadi salah satu faktor menurunnya kualitas hidup penderita.

Pada penelitian ini diketahui sebagian besar responden memiliki kualitas hidup kurang baik yang ditunjukkan dari tiap domainnya. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nojomi, Anbary, dan Ranjbar (2008), dimana mayoritas responden yakni pasien HIV/AIDS dalam penelitiannya mempersepsikan kualitas hidupnya rendah atau kurang baik.¹² Secara konsep, adanya penyakit kronik seperti halnya penyakit HIV/AIDS akan menurunkan kualitas hidup penderita (Nazir, 2006).¹³

Pada penelitian ini diketahui distribusi responden berdasarkan kejadian depresi yaitu lebih dari setengah pasien tidak mengalami depresi. Ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Bhavna (2015) terhadap 66 penderita HIV/AIDS yang mendapatkan hasil lebih dari 50% penderita tidak mengalami depresi.¹⁴ Namun, hal ini bertentangan dengan penelitian Cichocki (2009) yang menyatakan bahwa pasien HIV/AIDS sangat rentan mengalami depresi, dan depresi menjadi masalah psikososial terbesar yang dihadapi ODHA.¹⁵ Tidak depresinya sebagian besar penderita HIV/AIDS mungkin disebabkan salah satunya karena adanya peran dukungan sosial. Salah satu bentuk dukungan sosial yang ada yaitu Kelompok Dukungan Sebaya yang aktif diadakan di RSUP.DR.Kariadi Semarang setiap bulannya. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Kanniappana et al., 2007 yang menyebutkan bahwa ODHA yang depresi atau stres membutuhkan dukungan baik emosional, informasi dan material. ODHA dapat bergabung dengan KDS sehingga ODHA merasa nyaman, aman dan dapat belajar lebih banyak.¹⁶

Pada analisis lebih lanjut, dalam penelitian ini menunjukkan hipotesis terbuktikan dimana ada hubungan yang bermakna antara depresi dengan kualitas hidup responden pada domain lingkungan ($p = 0,037$, $\alpha = 0,05$), namun pada domain fisik, psikologis, dan sosial tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna. Hasil ini sesuai dengan penelitian sebelumnya oleh Adewuya et al (2008), dimana depresi berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup pada domain lingkungan.¹⁷

Domain lingkungan itu sendiri ditinjau dari banyak hal yaitu, keamanan fisik, kenyamanan dari lingkungan rumah (keluarga), sumber penghasilan, kesehatan dan perhatian

sosial, kesempatan untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru, partisipasi dan kesempatan rekreasi, lingkungan fisik, dan transportasi. Depresi yang ada dapat memberikan dampak buruk bagi kepuasan pada domain lingkungan tersebut. ini dapat disebabkan oleh Semua ini mungkin disebabkan oleh gejala dari depresi itu sendiri seperti berkurang/hilangnya minat atau kesenangan pada aktivitas yang biasa dilakukan yang ditandai dengan gangguan fungsi sosial atau okupasi dan berkurangnya tenaga atau kelelahan dalam beraktivitas.¹⁸ Di sisi lain mungkin juga disebabkan oleh penyakit HIV/AIDS itu sendiri. Sebagai seseorang yang menderita HIV/AIDS menyesuaikan diri hidup dengan penyakit kronis, muncul sebagai tantangan baru dan masalah pada fungsi kerja dan pekerjaan. Lebih lanjut, Oluwagbemiga (2007) menyatakan adanya anggota keluarga yang terinfeksi HIV/AIDS akan memberikan dampak langsung pada keluarga antara lain beban psikologis (malu, marah, sedih) yang mengakibatkan keluarga cenderung untuk mengisolasi dan menelantarkan anggota keluarga yang terinfeksi HIV.¹⁹ Semua ini yang mungkin dapat menjadi alasan bahwa depresi dapat memperburuk kualitas hidup khususnya pada domain lingkungan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Presentase depresi pada penderita HIV/AIDS di RSUP Dr.Kariadi adalah 47 %. Sebagian besar depresi yang dialami oleh penderita HIV/AIDS di RSUP Dr.Kariadi adalah depresi ringan yang merupakan depresi yang biasa terjadi pada seseorang dan dapat mudah hilang dengan terapi yang baik. Sebagian besar penderita HIV/AIDS di RSUP Dr.Kariadi memiliki kualitas hidup yang kurang pada tiap domainnya. Terdapat hubungan yang bermakna antara depresi dengan kualitas hidup pada domain lingkungan. Terdapat hubungan yang bermakna antara lama menderita dengan kualitas hidup domain psikologis. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan, pendidikan, dan jumlah CD4 dengan kualitas hidup pada pasien HIV AIDS di RSUP Dr.Kariadi.

Saran

Dari penelitian ini, penulis menyarankan, perlu pengukuran jumlah CD4 yang dilakukan dalam waktu berdekatan atau bersamaan dengan pengisian kuesioner penelitian untuk mengurangi bias pengukuran. Untuk penelitian selanjutnya diharapkan dapat menggunakan kuesioner kualitas hidup yang lebih khusus untuk penderita HIV/AIDS seperti *WHO-QOL HIV BREF* agar dapat lebih akurat dalam memahami kualitas hidup penderita dan diharapkan pula dapat meneliti factor-faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup penderita HIV/AIDS seperti stigma sosial, dukungan keluarga, kepatuhan minum obat, stadium klinis penyakit dan lain-lain. Bagi petugas kesehatan, diharapkan dapat lebih memperhatikan penderita HIV/AIDS baik yang mengalami depresi maupun tidak agar penderita dapat memperoleh kualitas hidup yang lebih baik.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepadadr. Widodo Sarjana A.S, M.KM, Sp.KJ, Dr.dr. Muchlis A.U Sofro, Sp.PD K-PTI FINASIM, dr. Alifiati Fitrikasari, Sp.KJ (K), dr. Hermawan Istiadi, MSi.Med, bagian Poli Penyakit Tropik dan Infeksi RS.Dr.Kariadi Semarang, pasien HIV/AIDS yang telah bersedia menjadi subjek penelitian, dan pihak-pihak lain yang telah membantu hingga penelitian dan penulisan artikel ini dapat terlaksana dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sudikno Bs, 2 Siswanto2 Pengetahuan Hiv Dan Aids Pada Remaja Di Indonesia (Analisis Data Riskesdas 2010). *Jurnal Kesehatan Reproduksi*. 2011;1(3):145-54.
2. Uvikacansera S. Setiap Menit Lima Orang Terinfeksi Hiv Aids. 2010 15 November 2015 [Cited; Available From: [Www.Bataviase.Co.Id](http://www.Bataviase.Co.Id)
3. Unaid. Fact Sheet. 2014 15 November 2015 [Cited; Available From: Unaid.Org
4. RI DPPK. Statistik Status HIV/AIDS di Indonesia. 2014 12 november 2015 [cited; Available from: <http://spiritia.or.id>,
5. Bare BG, & Smeltzer, S. C. Brunner & Suddarth's : Textbook of Medical Surgical Nursing. . Philadelphia: Lippincott; 2005.
6. Douaihy A. Factors Affecting Quality of Life in Patient with HIV Infection. . 2001 [cited 2015 10 November]; Available from: http://www.nedscape.com/view_articles.html.
7. David FR, & Brian, S. HIV & Psychiatry. 2000 [cited 2015 10 November]; Available from: <http://spiritia.or.id>.

8. Rubin RR, & Peyrot, M. Psychological Issue & Treatments for People with Diabetes. *Journal of Clinical Psychology*. 2001;57(4):457-78.
9. Dinkes J. Profil kesehatan kota semarang. 2014 [cited 2015 1 november]; Available from: www.dinkes-kotasemarang.go.id
10. Cotton S. Spiritually and Religion in Patients with HIV AIDS. *J Gern Intern Med*. 2006:5-13.
11. WHO. Programme On Mental Health WHOQOL Measuring Quality Of Life. Division of Mental Helath and Prevnetion of Substance Abuse World Health Organization. 1997.
12. Nojomi M, Anbary, K., Ranjbar, M Health-Related Quality of Life in Patients with HIV/AIDS. *Archives of Iranian Medicine*. 2008;11(6).
13. Nazir KA. Penilaian Kualitas Hidup Pasien Pasien Bedah Pintas Koroner yang Menjalani Rehabilitasi Fase III dengan Menggunakan SF-36. Jakarta: UI; 2006.
14. Mukund B. Impact of Mental wellbeing and Quality of Life on Depression, Anxiety and Stress among people living with HIV/AIDS (PLWHA). *The International Journal of Indian Psychology*. 2015;3(1):9.
15. Cichocki M. Dealing with HIV & Depression when Sadness Takes Over. 2009 [cited 2015 10 November]; Available from: <http://aids.about.com/es/condition/a/depression.htm>
16. Kanniappana. Desire for Motherhood: Exploring HIV-positive Women's Desires, Intentions and Decision-Making in Attaining Mother-hood. *AIDS Care*. 2007;20(6):625-30.
17. Adewuya Ao. Relationship Between Depression And Quality Of Life In Persons With Hiv Infection In Nigeria. *Int'l J Psychiatry In Medicine*. 2008;38(1):43-51.
18. Maslim R. Diagnosa Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas Dari PPDGJ-III. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya; 2002.
19. Oluwagbemiga. A Situation Analysis of People Living with HIV/AIDS in Lagos State. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS. HIV/AIDS and Family Support Systems*. 3 ed. Oxford: Community; 2007. p. 668-77.

DAMPAK DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP TINGKAT DEPRESI DAN KECEMASAN PADA PASIEN HIV DI KLINIK VCT RS Dr SOEDIRMAN KEBUMEN

Isma Yuniar¹, Herniyatun²

¹Dosen Prodi S1 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong

²Dosen Prodi S1 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong

Latar Belakang Masalah HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan masalah kesehatan yang mengancam Indonesia dan banyak negara di seluruh dunia. Pada individu dengan HIV sebagian besar menunjukkan perubahan karakter psikososial yaitu hidup dalam stres, depresi, merasa kurangnya dukungan sosial, dan perubahan perilaku. Penderita HIV menghadapi sendiri kondisinya tanpa dukungan dari teman dan keluarga yang memberi dampak kecemasan, depresi, rasa bersalah dan pemikiran atau perilaku bunuh diri. Pada kondisi krisis, dukungan sosial keluarga sangat diperlukan. Pemberian dukungan sosial mempunyai banyak dampak positif bagi pasien.

Tujuan Penelitian Untuk mengetahui dampak dukungan keluarga terhadap tingkat depresi dan kecemasan pada Pasien HIV Di Klinik VCT RSUD Kebumen

Metode Penelitian Penelitian ini merupakan penelitian *deskriptif korelatif* dengan rancangan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan *purposive sampling* sebanyak 50 orang. Uji statistik yang digunakan untuk menganalisis data adalah uji *chi square*

Hasil Penelitian Hasil analisa bivariat didapatkan nilai *p* sebesar 0,024 ($< 0,05$) yang berarti terdapat hubungan antara dukungan keluarga dan tingkat kecemasan. Dan hasil *p* sebesar 0,001 ($< 0,05$) yang berarti terdapat hubungan antara dukungan keluarga dan tingkat depresi

Kesimpulan Adanya hubungan antara dukungan keluarga terhadap tingkat depresi dan kecemasan pada pasien HIV di Klinik VCT RS Dr Soedirman Kebumen. Oleh karena itu penting bagi perawat untuk memotivasi keluarga untuk memberikan dukungan kepada pasien HIV

Kata Kunci : *HIV, dukungan keluarga, depresi, kecemasan*

A. TUJUAN

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui dampak dukungan keluarga terhadap tingkat depresi dan kecemasan pada Pasien HIV Di Klinik VCT RSUD Kebumen

Tujuan Khusus penelitian ini adalah 1) untuk mengetahui gambaran dukungan keluarga pada pasien HIV di Klinik VCT RSUD Kebumen. 2) untuk mengetahui tingkat depresi dan kecemasan pada Pasien HIV di Klinik VCT RSUD Kebumen. 3) untuk mengetahui dampak dukungan keluarga terhadap tingkat depresi pasien HIV di klinik VCT RSUD Kebumen. 4) untuk mengetahui dampak dukungan keluarga terhadap tingkat kecemasan pada pasien HIV di klinik VCT RSUD Kebumen.

B. LATAR BELAKANG

Masalah HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan masalah kesehatan yang mengancam Indonesia dan banyak negara di seluruh dunia. Secara kumulatif kasus HIV & AIDS di Indonesia dari 1 Januari 1987 sampai dengan 31 Desember 2013 terdiri dari 127.416 kasus HIV dan 52.348 kasus AIDS. Data tersebut sudah tersebar di 33 Provinsi di Indonesia dan berdasarkan jumlah kasus Provinsi Jawa tengah merupakan provinsi dengan jumlah kasus HIV/AIDS tertinggi ke 6 dari 33 provinsi yang ada di Indonesia yang terdiri dari HIV sebanyak 5.882 kasus dan AIDS sebanyak 3.339 kasus (Kementrian Kesehatan RI, 2013)

Pada individu dengan HIV positif, sebagian besar menunjukkan perubahan karakter psikososial yaitu hidup dalam stres, depresi, merasa kurangnya dukungan sosial, dan perubahan perilaku. Penderita HIV menghadapi sendiri kondisinya tanpa dukungan dari teman dan keluarga yang memberi dampak kecemasan, depresi, rasa bersalah dan pemikiran atau perilaku bunuh diri. Kecemasan dapat timbul dari adanya ancaman terhadap suatu penyakit, sehingga penyakit tertentu dapat menjadi stresor bagi individu. Atwater (1983, h.52). Mengidap HIV/AIDS di Indonesia dianggap aib, sehingga dapat menyebabkan tekanan psikologis terutama pada penderitanya maupun pada keluarga dan lingkungan disekeliling penderita (Nursalam & Kurniawati, 2007,h.2).

Pada kondisi krisis, dukungan sosial keluarga sangat diperlukan bagi pasien kritis. Menurut Yosep (2007). Sedangkan menurut Friedman (1992) salah satu

sumber coping adalah coping internal yang berasal dari keluarga, yaitu kemampuan keluarga untuk menyatu dan terintegrasi untuk memecahkan masalah.

Pemberian dukungan sosial mempunyai banyak dampak positif bagi pasien. Menurut Wood et al.,(2000), pemberian dukungan sosial dapat meningkatkan semangat hidup, memberikan rasa aman, meningkatkan adaptasi emosional dan membuat pasien kooperatif dalam pengobatan.

C. DESAIN PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian *deskriptif korelatif* dengan menggunakan desain *cross sectional study*. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan *purposive sampling* diperoleh jumlah sampel sebanyak 50 orang

D. METODE PENELITIAN

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang sudah standar untuk pengukuran dukungan sosial, yaitu *Berlin Social Support Scale* (BSSS). Penelitian hanya mengukur sub bagian *Actually Received Social Support*, karena hanya sub bagian ini yang sesuai dengan tujuan penelitian. Sedangkan instrumen untuk mengukur derajat depresi menggunakan The Zung Self-Rating Depression Scale. Untuk mengukur tingkat kecemasan menggunakan Zung- dari Self Rating Anxiety Scale (SAS) merupakan instrumen untuk mengukur tingkat kecemasan. Uji statistik yang digunakan menggunakan korelasi chi square

E. HASIL

Hasil penelitian akan diuraikan dalam beberapa bagian yaitu: 1) Tingkat dukungan keluarga pada pasien HIV di klinik VCT RS Dr Soedirman Kebumen, 2) Tingkat depresi pada pasien HIV di klinik VCT RS Dr Soedirman Kebumen, 3) Tingkat kecemasan pada pasien HIV di klinik VCT RS Dr Soedirman Kebumen, 4) Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien HIV di klinik VCT RS Dr Soedirman Kebumen dan 5) Hubungan dukungan dengan tingkat kecemasan pada pasien HIV di klinik VCT RS Dr Soedirman Kebumen

Tingkat dukungan keluarga pada pasien HIV di klinik VCT RS Dr Soedirman Kebumen

Tabel 1 Tingkat dukungan keluarga pada pasien HIV di klinik VCT RS Dr Soedirman Kebumen

Karakteristik	Frekuensi	Persentase	Kumulatif Persentase
Dukungan kurang	0	0%	0%
Dukungan cukup	9	18%	18%
Dukungan baik	41	82%	100%
Total	50	100%	

Tabel 1, menggambarkan tentang tingkat dukungan keluarga pada pasien HIV di Klinik VCT RSUD Kebumen. Tingkat Dukungan keluarga pada responden sebagian besar adalah dukungan keluarga baik sejumlah 41 pasien (82%) dan dukungan keluarga cukup sejumlah 9 pasien (18%).

Tingkat Depresi pada pasien HIV di Klinik VCT RSUD Kebumen

Tabel 2. Tingkat Depresi pada pasien HIV di Klinik VCT RSUD Kebumen

Karakteristik	Frekuensi	Persentase	Kumulatif Persentase
Depresi normal	38	76%	76%
Depresi ringan	12	24%	100%
Depresi cukup	0	0%	
Depresi berat	0	0%	
Total	50		

Tabel 2. menggambarkan tentang Tingkat Depresi pada pasien HIV di Klinik VCT RSUD Kebumen. Tingkat depresi pada pasien HIV di Klinik VCT RSUD sebanyak 38 pasien (76%) menunjukkan tingkat depresi normal, dan depresi ringan sebanyak 12 pasien (24%).

Tingkat Kecemasan pada pasien HIV di Klinik VCT RSUD Kebumen

Tabel 3. Tingkat Kecemasan pada pasien HIV di Klinik VCT RSUD Kebumen

Karakteristik	Frekuensi	Persentase	Kumulatif Persentase
Kecemasan normal	28	56%	56%
Kecemasan ringan	22	44%	100%
Kecemasan sedang	0	0%	
Kecemasan berat	0	0%	
Total	50		

Tabel 3, menggambarkan tentang tingkat kecemasan pada pasien HIV di Klinik VCT RSUD Kebumen. Tingkat kecemasan pada responden menunjukkan sebagian besar adalah kecemasan normal sebanyak 28 responden (56%) dan kecemasan ringan sebanyak 22 responden (44%).

Dampak Dukungan keluarga terhadap tingkat depresi dan kecemasan pada pasien HIV di Klinik VCT RS Dr Soedirman Kebumen

Berdasarkan uji analisa bivariat menggunakan chi square menunjukkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kecemasan dengan hasil $p = 0,024$ ($p < 0,05$) dan adanya hubungan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada pasien HIV di Klinik VCT RS Dr Soedirman.

Pada individu dengan HIV positif, sebagian besar menunjukkan perubahan karakter psikososial yaitu hidup dalam stres, depresi, merasa kurangnya dukungan sosial, dan perubahan perilaku. Penderita HIV menghadapi sendiri kondisinya tanpa dukungan dari teman dan keluarga yang memberi dampak kecemasan, depresi, rasa bersalah dan pemikiran atau perilaku bunuh diri. Kecemasan dapat timbul dari adanya ancaman terhadap suatu penyakit, sehingga penyakit tertentu dapat menjadi stresor bagi individu. Atwater (1983, h.52). Mengidap HIV/AIDS di Indonesia dianggap aib, sehingga dapat menyebabkan tekanan psikologis terutama pada penderitanya maupun pada keluarga dan lingkungan disekeliling penderita (Nursalam & Kurniawati, 2007, h.2).

Dukungan sosial yang diberikan oleh keluarga mempunyai dampak positif, terutama pada pasien kronik maupun kritis, seperti pada pasien HIV. Menurut Wood et al., (2000) pemberian dukungan sosial dapat meningkatkan semangat hidup, memberikan rasa aman, meningkatkan adaptasi emosional dan membuat

pasien kooperatif dalam pengobatan. Sedangkan menurut Taylor (2006) pemberian dukungan sosial dapat meningkatkan *resiliensi* terhadap stres. Hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Thomas (2012) yang menyatakan bahwa pemberian dukungan sosial yang tinggi berhubungan dengan tingkat *recovery* yang cepat pada pasien post stroke. Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian Nurmalasari dan Yanni (2012) yang menyatakan bahwa semakin tinggi pemberian dukungan sosial kepada pasien, maka dapat meningkatkan harga diri pasien, khususnya pada pasien kronik seperti pada pasien lupus

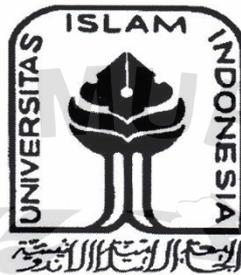
Dari berbagai literatur yang menyebutkan terdapat banyaknya faktor yang mempengaruhi dukungan sosial, sebagai perawat yang profesional diharapkan dapat meningkatkan tingkat dukungan sosial dan dapat memberikan asuhan keperawatan yang holistik. Keperawatan yang holistik dibutuhkan pada semua aspek, individu. Dengan memberikan perawatan biopsikososiospiritual diharapkan dapat membantu pasien mempunyai mekanisme koping yang efektif sehingga dapat beradaptasi terhadap situasi krisis yang dialaminya, baik kondisi yang akut maupun kronik (Hudak & Gallo, 1994).

F. KESIMPULAN

Hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial memberikan dampak pada tingkat depresi dan kecemasan pada pasien HIV di Klinik VCT RS Dr Soedirman Kebumen. Oleh karena itu penting bagi perawat untuk memotivasi keluarga untuk memberikan dukungan kepada pasien HIV

NASKAH PUBLIKASI

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DAN DEPRESI PADA
ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) DI KEBUMEN**



Oleh :

Ade Eva Fatmawati

Yulianti Dwi Astuti

PROGRAM STUDI PSIKOLOGI

FAKULTAS PSIKOLOGI DAN ILMU SOSIAL BUDAYA

UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA

YOGYAKARTA

2018



NASKAH PUBLIKASI

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DAN DEPRESI PADA
ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA)**

Telah disetujui pada tanggal

16 MAR 2018

Dosen Pembimbing



Yulianti Dwi Astuti, S.Psi., M.Soc.Sc.

RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY SUPPORTS AND DEPRESSION IN
PEOPLE WITH HIV/AIDS (*ODHA*) IN KEBUMEN

Ade Eva Fatmawati

Yulianti Dwi Astuti

ABSTRACT

This study was aimed to determine the relationship between family supports and depression in people with HIV/ AIDS. The hypothesis of this study was that there was a negative relationship between family supports and depression in people with HIV/ AIDS. The measuring instrument used on the variable of family supports was a modification of Mardiyah (2011) referring to Thompson's theory (2006) while that used on the variable depression was *Beck Depression Inventory* (BDI)-II scale (1996). The scale was distributed to 50 people with HIV/ AIDS visiting the VCT poly of Regional Public Hospital *Dr. Soedirman*, Kebumen. The correlation analysis showed the coefficient value $r = -0.588$ and $p = 0.000$ ($p < 0.01$). Thus, the hypothesis of this study is **accepted**.

Keywords: Depression, Family Support, HIV/ AIDS, *ODHA*

Pengantar

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan virus yang menyerang sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh pada manusia. AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) adalah sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Penyakit HIV/AIDS telah menjadi epidemi yang berkembang pesat di seluruh dunia. Berdasarkan data WHO (*World Health Organization*) tahun 2015, penemuan kasus orang yang hidup dengan HIV/AIDS pada tahun 2015 mencapai 36,7 juta penderita, dimana sebanyak 1,1 juta penderita meninggal karena AIDS (WHO, 2017). Menurut Departemen Kesehatan RI (2017) kasus baru HIV di Indonesia tahun 2016 dilaporkan mencapai 41.250 kasus, sedangkan di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2016 mencapai 4.032 kasus baru HIV.

Jumlah penderita HIV/AIDS semakin bertambah dari tahun ke tahun. Kasus HIV/AIDS tidak hanya menjangkit kota-kota metropolitan tetapi sudah masuk pada kota-kota kecil di Indonesia. Kebumen merupakan salah satu kabupaten di Jawa Tengah dengan kasus penemuan HIV/AIDS tertinggi se-Jawa Tengah pada semester satu 2017 (Suara Merdeka, 2017). Menurut KPA (Komisi Penanggulangan AIDS) Kabupaten Kebumen, jumlah kasus HIV/AIDS tahun 2003- 2016 terdapat 671 jiwa yang terjangkit HIV/AIDS (KPA, 2017). Penderita HIV/AIDS di Kebumen menyerang ibu rumah tangga sebanyak 144, karyawan sebanyak 172 kasus, buruh 101 kasus, wiraswasta 50 kasus, sopir 24 kasus, dan

anak 25 kasus. Penderita HIV/AIDS berdasarkan usia terbanyak menjangkit usia 30-34 tahun sebanyak 138 kasus, 0-4 tahun sebanyak 21 kasus, 5-9 tahun sebanyak 4 kasus, 15-19 tahun sebanyak 21 kasus, 20-24 tahun sebanyak 80 kasus, 25-29 tahun sebanyak 119 kasus, 35-39 tahun sebanyak 116 kasus, 40-44 tahun sebanyak 70 kasus, 45-49 tahun sebanyak 50 kasus, lebih dari 50 tahun sebanyak 49 kasus dan sebanyak 3 kasus usia tidak diketahui. Banyaknya kasus HIV/AIDS yang menjangkiti masyarakat dari berbagai usia dan pekerjaan memperlihatkan bagaimana persebaran penyakit ini perlu ditangani dengan baik.

Penyakit HIV/AIDS memberikan dampak yang luas dalam berbagai bidang medis maupun sosial. Berbagai isu yang muncul di masyarakat menimbulkan masalah akibat kurangnya pengetahuan mengenai gejala dan cara penularannya. Masyarakat seringkali memperlakukan orang dengan HIV/AIDS berbeda dengan orang yang memiliki penyakit kronis lainnya. Hal tersebut menambah beban sosial maupun psikologis bagi seseorang yang terinfeksi HIV/AIDS. Beban dan permasalahan yang dihadapi oleh penderita AIDS menimbulkan kesedihan, kecemasan, stress dan hilangnya ketertarikan pada sesuatu yang disukai. Kesulitan-kesulitan tersebut terjadi secara terus-menerus sehingga menimbulkan depresi bagi penderita HIV/AIDS (Yaunin, Afrian & Hidayat, 2014).

Menurut *World Health Organization* (2017), depresi merupakan gangguan mental yang umum, ditandai oleh kesedihan, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan bersalah atau rendah diri, terganggu tidur atau nafsu makan, perasaan capek, dan konsentrasi yang buruk. Clarke, Gibson, Barrow, Abel & Barton (2010) melakukan penelitian pada penderita HIV/AIDS berjumlah 63 orang di

Jamaica, Amerika Utara menunjukkan bahwa 43% dari subjek yang diteliti mengalami depresi ringan, sedang dan berat. Penelitian lain dilakukan oleh Yaunin, Afrian & Hidayat (2014) menunjukkan bahwa 49 orang penderita HIV/AIDS yang mengunjungi poli VCT RSUP DR. M Djamil Padang yang mengalami depresi sebanyak 24 orang (55,8%) dengan tingkat depresi ringan (45,8%), depresi sedang (20,8%), depresi berat (8,4%) dan depresi sangat berat (25%).

Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan terhadap salah satu penderita ODHA bahwa subjek merasa sedih dan cemas ketika didiagnosa terkena HIV. Subjek juga merasa suka merenung, merasa lelah, nafsu makan berkurang, waktu tidur terganggu, putus asa dan tertekan selama kurang lebih 2 bulan sejak didiagnosa terkena HIV (24 September 2017). Selain itu, wawancara lain terhadap KDS (Kelompok Dukungan Sebaya) yang menangani HIV terdapat beberapa individu ketika didiagnosa HIV tidak menerima bahwa individu tersebut positif HIV. Beberapa individu tersebut sebagian besar merasa bersalah, hilang kegembiraan, pesimis, gangguan tidur dan gangguan makan, bahkan terdapat penderita HIV yang melakukan bunuh diri (7 Oktober 2018). Hal ini sejalan dengan penelitian Sedyowinarso & Partosuwido (2006) yang berjudul “Hubungan antara Simtom Depresi dengan Kecenderungan Perilaku Bunuh Diri pada Pasien Gangguan Jiwa” dengan hasil menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara simtom depresi dengan perilaku bunuh diri.

Saputri & Indrawati (2011) menyatakan ada beberapa faktor yang berpengaruh terhadap depresi antara lain faktor kesehatan, kepribadian,

religiusitas, pengalaman hidup yang pahit, harga diri dan dukungan sosial. Johnson dan Johnson mengatakan bahwa dukungan sosial merupakan keberadaan orang lain yang dapat diandalkan untuk memberikan sebuah bantuan, semangat, penerimaan dan perhatian, sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan hidup bagi seseorang yang bersangkutan (Saputri & Indrawati, 2011). Menurut Meyerowitz (1980) dukungan sosial dapat berasal dari berbagai sumber antara lain, keluarga, pasangan (suami, isteri, atau pacar), teman atau sahabat, konselor, dan dokter atau paramedis.

Sarafino (Utami, 2016) menyatakan bahwa seseorang yang menerima dukungan dari keluarga cenderung untuk lebih mudah menerima nasihat medis daripada yang tidak menerima dukungan dari keluarganya. Friedman (Purba, Rahayu & Sinorita, 2010) menyatakan bahwa dukungan keluarga merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Dukungan yang diberikan keluarga dapat berupa dukungan informasional seperti memberikan informasi mengenai penyakit HIV/AIDS, pengobatan, memberikan saran atau nasihat mengenai penyakit HIV/AIDS. Dukungan instrumental seperti memberikan pertolongan langsung kepada penderita dengan cara menyediakan transportasi dan memberikan biaya pengobatan. Dukungan emosional seperti mengingatkan penderita untuk mengkonsumsi obat dengan teratur, memberikan perhatian, serta kepedulian terhadap penderita HIV/AIDS.

Individu membutuhkan dukungan sosial salah satunya dari keluarga. Friedman (Bisnu, 2017) mengemukakan bahwa keluarga adalah sumber utama konsep sehat sakit dan perilaku sehat. Keluarga berpengaruh besar terhadap

kesehatan fisik anggota keluarga dan sebaliknya disfungsi keluarga dapat menyebabkan tidak efektif menjalani terapi, pola makan yang pada akhirnya terjadi gangguan pada anggota keluarga. Dukungan yang diberikan oleh keluarga dapat memunculkan sikap positif bagi penderita HIV/AIDS. Selain itu, dukungan keluarga juga dapat mengurangi bahkan mencegah perilaku yang memberikan kerugian bagi penderita HIV/AIDS, seperti keinginan untuk bunuh diri karena depresi. Dukungan keluarga diharapkan menjadi faktor yang menurunkan tingkat depresi pada penderita HIV/AIDS untuk menjalani kehidupannya.

Hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya yang berjudul “Dukungan Keluarga dan Depresi pada Penderita HIV/AIDS di Yogyakarta” oleh Pratama & Sulistyarini (2012) adalah lokasi penelitian yang dilakukan serta perbedaan tingkat pendidikan. Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Kebumen yang sebagian besar penduduknya mendapatkan pendidikan yang kurang baik. Hal tersebut menjadi perbedaan dengan penelitian yang dilakukan di kota Yogyakarta atau kota pelajar yang sebagian besar masyarakat mudah mendapatkan pendidikan yang lebih baik daripada di Kabupaten Kebumen. Berdasarkan uraian di atas, peneliti merumuskan masalah penelitian sebagai berikut : Apakah ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA)?

Metode Penelitian

Subjek Penelitian

Karakteristik subjek dalam penelitian ini adalah orang dengan HIV/AIDS yang tinggal di Kebumen, berjenis kelamin laki-laki dan perempuan, berusia 18-60 tahun.

Identifikasi Variabel Penelitian

1. Variabel Tergantung : Depresi
2. Variabel Bebas : Dukungan Keluarga

Definisi Operasional Variabel Penelitian

1. Depresi

Depresi adalah suatu bentuk gangguan mood yang ditandai dengan perasaan sedih, kehilangan minat dalam beraktivitas, perasaan putus asa, perasaan bersalah, perasaan capek dan konsentrasi yang buruk. Aspek-aspek depresi yang digunakan dalam penelitian ini adalah aspek emosional, kognitif, motivasional, dan gangguan fisik (Beck dalam Burns, 1998). Secara operasional, depresi adalah skor yang didapat oleh responden setelah mengisi skala dengan menggunakan skala yang diadaptasi dari *Beck Depression Inventory* (BDI). Sebelumnya BDI telah diadaptasi oleh Widyarsono (2013) dengan tujuan mengungkap depresi pada orang dengan HIV/AIDS. Semakin tinggi skor yang diperoleh subjek, maka semakin tinggi depresi individu. Begitupun sebaliknya semakin rendah skor depresi subjek, maka semakin rendah pula tingkat depresi individu.

2. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah suatu bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga lain berupa sikap atau tindakan sehingga memberikan dampak yang

positif pada orang yang dihadapkan pada suatu permasalahan. Dukungan keluarga (*Family support*) dalam penelitian ini terdiri dari empat aspek yaitu dukungan konkrit, dukungan emosional, dukungan informatif, dan dukungan perkembangan. Secara operasional, dukungan keluarga merupakan skor yang diperoleh dari pengukuran dukungan keluarga (*family support*) melalui skala *family support* yang memodifikasi dari alat ukur Mardiyah (2011) yang mengacu pada teori Thompson (2006). Skala dukungan keluarga yang digunakan dalam penelitian ini merupakan skala dukungan keluarga yang dibutuhkan oleh orang dengan HIV/AIDS. Semakin tinggi skor dukungan keluarga (*family support*) yang diperoleh subjek, maka semakin tinggi pula dukungan keluarga (*family support*) pada penderita HIV/AIDS. Begitupun sebaliknya semakin rendah skor dukungan keluarga (*family support*) subjek, maka semakin rendah pula tingkat dukungan keluarga (*family support*) pada penderita HIV/AIDS.

Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang akan dilakukan oleh peneliti dalam penelitian ini menggunakan angket atau kuesioner dengan tujuan untuk mendapat jenis data kuantitatif. Alasan yang mendasari penggunaan metode ini karena peneliti dapat memasukan data penelitian lebih cepat dan praktis serta mencapai objektivitas tinggi. Skala pengukuran harus memiliki validitas dan reliabilitas yang baik.

1. Skala Depresi

Penelitian ini menggunakan skala depresi yang disusun dengan mengadaptasi dari skala yang dibuat oleh Beck (1996) yaitu *Beck Depression Inventory (BDI) - II*. Koefisien reliabilitas *alpha cronbach* bernilai 0,92. *Beck Depression Inventory (BDI)* terdiri dari 21 pernyataan masing-masing menggambarkan manifestasi depresi yang spesifik dari 4 pernyataan yang menggambarkan tingkat intensitas gejala. Masing-masing gejala memiliki tingkat intensitas sebagai berikut : a = 0 : “tidak ada gejala”, b = 1 : “ada gejala ringan, c = 2 : “ada gejala sedang”, d = 3 : “ada gejala berat”. Penilaian jawaban dari responden dilakukan dengan menjumlahkan seluruh skor yang diperoleh oleh responden. Total jumlah nilai yang diperoleh oleh responden akan menunjukkan tingkat depresi yang dimiliki oleh responden yang bersangkutan. Nilai total berkisar dari 0-63.

Indikasinya adalah :

- a. Jumlah nilai 0-13 : Minimal atau Normal
- b. Jumlah nilai 14-19 : Depresi ringan
- c. Jumlah nilai 20-28 : Depresi sedang
- d. Jumlah nilai 29-63 : Depresi berate

2. Skala Dukungan Keluarga

Skala yang digunakan dalam penelitian ini adalah skala dukungan keluarga (*family support*) yang telah dimodifikasi dari alat ukur Mardiyah (2011) yang mengacu pada teori Thompson (2006) dengan jumlah 19 aitem. Hasil uji reliabilitas pada penelitian yang dilakukan Mardiyah

(2011) dengan subjek lansia sebesar 0,866. Skala ini terdiri dari 19 aitem, dimana seluruh aitem merupakan aitem *favorable* serta memiliki empat pilihan alternatif jawaban.

Metode Analisis Data

Pada penelitian ini, analisis data akan menggunakan perhitungan statistik dengan bantuan *software* SPSS versi 20. Dengan menggunakan *software* SPSS tersebut, peneliti melakukan sejumlah uji statistik, antara lain yaitu uji reliabilitas skala, uji normalitas, uji linearitas, dan uji hipotesis. Pada uji hipotesis, hipotesis dinyatakan diterima apabila $p < 0,05$. Berikut tabel ringkasan rencana analisis data dan taraf signifikansi.

Tabel 1
Rencana Analisis dan Taraf Signifikan

Analisis	Jenis Data	Statistik	Taraf Signifikansi
Uji Reliabilitas	Interval	<i>Chronbach Alpha</i>	$p < 0,05, \alpha \geq 0,7$
Uji Normalitas	Interval	<i>Kolmogrov-Smirnov</i>	$p > 0,05$
Uji Linieritas	Interval	Analisis Varians	$p < 0,05$
Uji Hipotesis	Interval	<i>Product Moment</i>	$p < 0,05$

Hasil Penelitian

Deskripsi Subjek Penelitian

Berdasarkan data-data yang diperoleh dari pengumpulan data (angket), maka diperoleh gambaran umum mengenai subjek penelitian yang terdapat dalam tabel berikut:

Tabel 1
Tabel Deskripsi Subjek Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis	Jumlah	Persentase
-------	--------	------------

kelamin		
Laki-laki	21	43 %
Perempuan	28	57 %
Total	49	100 %

Tabel 2
Tabel Deskripsi Subjek Berdasarkan Usia

Usia	Jumlah	Persentase
17-25	7	14%
26-35	16	33%
36-45	13	27%
46-55	10	20%
56-65	3	6%
Total	49	100%

Tabel 3
Tabel Deskripsi Subjek Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Pendidikan	Jumlah	Persentase
SD	13	26 %
SMP	18	37 %
SMA	15	31 %
S1	2	4 %
S2	1	2 %
Total	49	100%

Tabel 4
Tabel Deskripsi Subjek Berdasarkan Status Perkawinan

Status Perkawinan	Jumlah	Persentase
Nikah	31	64 %
Belum Nikah	9	18 %
Janda/Duda	9	18 %
Total	49	100 %

Tabel 5
Tabel Deskripsi Subjek Berdasarkan Lama Terinfeksi

Rentang Waktu	Jumlah	Persentase
Kurang dari 1 tahun	13	27 %
1 Tahun	12	24 %
2 Tahun	13	27 %
3 Tahun	2	4 %

4 Tahun	4	8 %
5 Tahun	2	4 %
6 Tahun	2	4 %
11 Tahun	1	2 %
Total	49	100 %

Tabel 6

Tabel Deskripsi Subjek Berdasarkan Penyebab Terinfeksi

Penyebab	Jumlah	Persentase
Seks	48	98 %
Jarum Suntik	1	2 %
Total	49	100 %

Tabel 7

Tabel Deskripsi Subjek Berdasarkan Tinggal Bersama Responden

Tinggal Bersama	Jumlah	Persentase
Orang Tua	16	33 %
Pasangan	31	63 %
Anak	2	4 %
Total	49	100 %

Hasil Pengujian Hipotesis

Hasil dari uji asumsi terhadap penelitian ini didapatkan hasil normalitas dan linieritas terhadap kedua variabel. Kedua variabel menunjukkan bahwa sebaran data terdistribusi secara tidak normal akan tetapi menunjukkan linieritas antar kedua variabel.

Tabel 8

Hasil Uji Normalitas

Variabel	P	Keterangan
Dukungan Keluarga	0,010	Tidak Normal
Depresi	0,200	Normal

Tabel 9

Hasil Uji Linearitas

Variabel	Koefisien	Signifikansi	Keterangan
-----------------	------------------	---------------------	-------------------

	Linieritas (F)	(P)	
Dukungan Keluarga Depresi	16,862	0,000	Linier

Hipotesis dalam penelitian ini adalah adanya hubungan yang negatif antara dukungan keluarga dan depresi pada ODHA. Semakin tinggi dukungan keluarga yang diterima maka semakin rendah kecenderungan depresi pada ODHA dan semakin rendah dukungan keluarga yang diterima maka semakin tinggi kecenderungan depresi yang dimiliki oleh ODHA. Berikut hasil uji hipotesis dukungan keluarga dan depresi :

Tabel 10
Korelasi Dukungan Keluarga dan Depresi

Variabel	R	r ²	P	Keterangan
Dukungan Keluarga Depresi	-0,588	0,345	0,000	Sangat Signifikan

Berdasarkan hasil analisis data, didapatkan koefisien korelasi $r = -0,588$ dengan $p = 0,000$ ($p < 0,01$), menunjukkan bahwa ada hubungan antara variabel dukungan keluarga dengan variabel depresi. Semakin tinggi dukungan keluarga yang diperoleh ODHA, maka semakin rendah depresi pada ODHA. Sebaliknya, semakin rendah dukungan keluarga yang diperoleh ODHA, maka semakin tinggi depresi pada pasien ODHA. Dengan demikian, hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini diterima.

Selanjutnya, peneliti melakukan kategorisasi dukungan keluarga dan depresi sebagai berikut:

Tabel 11
Persentil untuk Kategorisasi Dukungan Keluarga

Kategorisasi	Persentil	Frekuensi	Presentase
--------------	-----------	-----------	------------

Sangat Rendah	$X < 54$	8	16 %
Rendah	$54 \leq X < 56$	11	23 %
Sedang	$56 \leq X < 60$	9	18 %
Tinggi	$60 \leq X < 65$	8	16 %
Sangat Tinggi	$X \geq 65$	13	27 %
Total		49	100%

Tabel 12
Kategori Subjek Depresi

Kategorisasi	Total Nilai	Frekuensi	Presentase
Normal	0-13	17	35 %
Depresi Ringan	14-19	23	47 %
Depresi Sedang	20-28	9	18 %
Depresi Berat	29-63	0	0 %
Total		49	100 %

Analisis Tambahan

Uji analisis tambahan dilakukan untuk mengetahui lebih dalam mengenai aspek dukungan keluarga mana yang paling berpengaruh terhadap depresi pada ODHA. Komponen dukungan sosial dilihat berdasarkan sumber spesifiknya, diantaranya dukungan konkrit, dukungan emosional, dukungan informatif, dan dukungan penghargaan. Berikut tabel hasil uji regresi :

Tabel 13
Hasil Uji Regresi

Komponen Dukungan keluarga	R	r ²	P	Ket
Dukungan Konkrit	0,600	0,360	0,000	Signifikan
Dukungan Emosional	0,355	0,126	0,012	Signifikan
Dukungan Informatif	0,448	0,200	0,001	Signifikan
Dukungan Penghargaan	0,516	0,267	0,000	Signifikan

Berdasarkan hasil uji regresi tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa dari keempat aspek dukungan keluarga yang paling berpengaruh terhadap tidak terjadinya depresi pada ODHA adalah dukungan konkrit yaitu sebanyak 36%.

Pembahasan

Tujuan dari dilakukannya penelitian ini adalah untuk menguji hipotesis apakah ada hubungan antara dukungan keluarga dan depresi pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Kebumen. Berdasarkan hasil uji normalitas yang dilakukan pada variabel dukungan keluarga menunjukkan nilai $p = 0,010$ ($p < 0,05$). Hasil dari variabel depresi menunjukkan nilai $p = 0,200$ ($p > 0,05$). Hasil tersebut menunjukkan data antara dukungan keluarga dan depresi terdistribusi dengan tidak normal. Uji linieritas yang telah dilakukan pada kedua variabel ini menunjukkan nilai koefisien 16,862 dengan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), sehingga dapat dikatakan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dan depresi karena hasil yang diperoleh mengikuti garis linier. Berdasarkan hasil uji normalitas yang menunjukkan persebaran data tidak normal dan uji linieritas yang menunjukkan data linier, maka data dalam penelitian ini dianalisis dengan menggunakan teknik *product moment* dari *Spearman*.

Berdasarkan analisis statistik yang telah dilakukan peneliti dengan menggunakan teknik *product moment* dari *Spearman* menunjukkan bahwa besarnya koefisien korelasi dukungan keluarga (*family support*) dengan depresi pada ODHA adalah sebesar $r = -0,588$ dengan $p = 0,000$ ($p < 0,01$), hal ini mengartikan bahwa ada hubungan yang sangat signifikan antara dukungan keluarga (*family support*) dengan depresi pada ODHA. Nilai r sebesar $-0,588$ menunjukkan adanya korelasi negatif antara kedua variabel tersebut. Berdasarkan hal tersebut, hipotesis yang diajukan peneliti terbukti dan diterima. Hubungan antara kedua variabel ini menunjukkan bahwa semakin tinggi dukungan keluarga

yang diperoleh maka semakin rendah kecenderungan depresi pada ODHA. Sebaliknya, semakin rendah dukungan sosial yang diperoleh maka semakin tinggi kecenderungan depresi pada ODHA.

Pada penelitian ini, depresi merupakan suatu kondisi dimana seseorang begitu tertekan, hidup tidak berarti dan tidak mempunyai harapan (Beck, 1985). Selain itu, menurut Smith (Retnowati & Munawarah, 2009) depresi merupakan jenis gangguan mental yang umum terjadi di masyarakat dan dapat menyerang semua golongan umur, baik anak-anak, remaja, dewasa hingga usia lanjut. Thompson (2006) mendefinisikan dukungan keluarga adalah suatu kewajiban untuk membantu anggota keluarga yang mengalami suatu masalah yang bersifat sukarela dan sosial.

Subjek pada penelitian ini dapat dikatakan bahwa memiliki dukungan keluarga yang cukup baik. Hasil kategorisasi subjek menunjukkan bahwa dari total 49 subjek didapatkan 13 subjek (27%) yang masuk ke dalam kategori sangat tinggi. Pada kategori tinggi terdapat 8 subjek (16%). Pada kategori sedang ada 9 subjek (18%). Sedangkan pada kategori rendah terdapat 11 subjek (23%) dan pada kategori sangat rendah terdapat 8 subjek (16%). Hal ini sejalan dengan penelitian pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Klinik VCT RSUD Bethesda GMIM Tomohon yang dilakukan oleh Simboh, Bidjuni & Lolong (2015) yang menunjukkan bahwa dari 67 responden, terdapat 52 (77,6%) responden dengan dukungan keluarga berada pada kategori tinggi. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Pratama & Sulistyarini (2012) pada ODHA di Yogyakarta menunjukkan bahwa dari 50 responden, 74% responden dengan dukungan keluarga

berada dalam kategori sedang. Berdasarkan hal tersebut, dapat dilihat bahwa dukungan keluarga yang diterima subjek cukup baik, dimana dukungan keluarga tersebut membantu subjek mengurangi tekanan psikologis yang dapat menyebabkan ODHA depresi.

Hasil penelitian ini selaras dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Pratama & Sulistyarini (2012) dengan judul “Dukungan Keluarga dan Depresi pada Penderita HIV/AIDS di Yogyakarta”, mengungkapkan bahwa dukungan keluarga yang diterima subjek berdampak positif terhadap aspek kesehatan, psikologis, sosial dan pekerjaan. Hasil analisis pada penelitian tersebut bahwa terdapat korelasi negatif dan signifikan antara dukungan keluarga dengan depresi. Penelitian serupa yang dilakukan oleh peneliti Saraha, Kanine & Wowiling (2013) mengenai dukungan keluarga dan depresi dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik di Ruang Hemodialisa BLU RSUP Prof. Dr. RD. Kandou Manado” menunjukkan hasil bahwa terdapat korelasi negatif yang signifikan antara dukungan keluarga dan depresi. Artinya, apabila dukungan keluarga tinggi, maka kecenderungan depresi akan rendah, begitu pula sebaliknya.

Berdasarkan uji korelasi diketahui bahwa nilai r^2 sebesar 0,345. Hal tersebut menunjukkan bahwa variabel bebas memiliki sumbangsih sebesar 34,5% terhadap variabel tergantung sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel dukungan keluarga dapat menjadi prediktor pada variabel depresi. Hal ini dapat diartikan bahwa dukungan keluarga dapat menjadi salah satu pilihan dalam upaya

untuk mengurangi depresi pada ODHA. Sisanya yaitu 65,5% dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang berasal dari luar variabel yang diteliti pada penelitian ini.

Uji analisis tambahan yang dilakukan oleh peneliti menggunakan uji regresi membuktikan bahwa masing-masing aspek dukungan keluarga memiliki perannya tersendiri terhadap tidak terjadinya depresi pada ODHA. Hal ini terlihat dari nilai *R squared* pada aspek dukungan konkrit yang memiliki pengaruh tertinggi yaitu sebesar 0,360. Artinya, aspek dukungan konkrit memberikan sumbangan efektif sebesar 36% terhadap variabel depresi. Menurut Cutrona (Prihatsanti, 2014) dukungan konkrit berkaitan dengan tindakan langsung pada kebutuhan sehari-hari, misalnya kesehatan penderita HIV dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, serta terhindarnya penderita dari kelelahan. Dukungan tersebut dapat diberikan sehari-hari oleh anggota keluarga, sehingga dukungan ini mudah diaplikasikan atau diterapkan anggota keluarga yang tinggal bersama dalam satu rumah dengan ODHA.

Aspek lain dari dukungan keluarga yang memiliki pengaruh tinggi terhadap depresi yaitu dukungan penghargaan sebesar 26,7% terhadap tidak terjadinya depresi. Menurut Prihatsanti (2014), dukungan penghargaan dapat berbentuk rasa dipercaya, penerimaan pada subjek dan perhatian terhadap subjek, hal ini bertujuan memotivasi subjek untuk melakukan pengobatan dan menjalankan aktivitas sehari-hari. Selain itu dukungan penghargaan merupakan bentuk dukungan yang sederhana karena dukungan ini dapat diberikan pada subjek dalam bentuk verbal yang dapat memotivasi penderita HIV menjadi lebih baik.

Secara keseluruhan, penelitian ini tidak terlepas dari kelemahan-kelemahan. Adapun kelemahan dalam penelitian ini yaitu tidak semua pasien yang datang bersedia untuk mengisi angket atau kuisioner, sehingga diperlukan waktu yang cukup lama untuk pengambilan data. Selain itu, minimnya jumlah subjek yang digunakan dalam penelitian ini membuat hasil yang diperoleh tidak dapat digeneralisasikan. Kelemahan dalam penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan bagi peneliti yang akan melakukan penelitian dengan topik yang sama agar penelitian yang dilakukan menjadi lebih baik.

Kesimpulan

Hasil penelitian dan analisa data yang dilakukan, dapat ditarik kesimpulan bahwa ada hubungan negatif dan signifikan antara dukungan keluarga dan depresi dimana semakin tinggi dukungan keluarga yang diterima oleh ODHA maka kecenderungan depresi yang dimiliki ODHA akan semakin rendah. Sebaliknya, semakin rendah dukungan keluarga yang diterima oleh ODHA maka kecenderungan depresi yang dimiliki akan semakin tinggi.

Saran

Penelitian ini telah dilakukan dengan semaksimal mungkin, namun peneliti menyadari masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu, peneliti memberikan saran sebagai berikut:

a. Bagi Subjek Penelitian

Bagi subjek penelitian diharapkan untuk terus menjalin hubungan dengan keluarga secara baik dikarenakan dalam penelitian ini membuktikan

bahwa dukungan yang berasal dari keluarga mempengaruhi kecenderungan depresi yang dimiliki oleh ODHA.

b. Bagi Keluarga

Keluarga hendaknya senantiasa memberikan perasaan yang nyaman, tidak mendiskriminasi dan mendukung ODHA untuk bisa mandiri serta tetap melakukan pengawasan agar ODHA tidak melakukan perilaku yang negatif. Selain itu, keluarga sebaiknya mampu mengenali masalah yang dialami ODHA, sehingga dapat membantu ODHA dalam mengatasi masalah dengan memberikan dukungan konkrit, dukungan emosional, dukungan informatif dan dukungan penghargaan.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya, diharapkan dapat menggali lebih dalam mengenai faktor lain yang dapat mempengaruhi depresi pada ODHA, misalnya dari dukungan teman sebaya, dukungan pasangan, tenaga profesional serta keadaan finansial sehingga dapat diketahui faktor yang mempengaruhi tingkat depresi pada ODHA selain dari dukungan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Bisnu, M. Isra., Billy J. Kepel & Mulyadi. 2017. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Derajat Hipertensi pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Ranomuut Kota Manado. *e-Journal Keperawatan*, 5 (1)
- Beck, A. T. 1985. *Depression causes treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania
- Burn, R. B. (1998). *Teori, pengukuran, perkembangan, dan perilaku*. Alih bahasa oleh Eddy. Jakarta: Arcan
- Clarke RT., RC Gibson., G Barrow., WD Abel & EN Barton. 2010. Depression among Persons Attending a HIV/AIDS Outpatient Clinic in Kingston, Jamaica. *West Indian Med J* 2010, 59 (4): 369
- Depkes RI. 2009. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta
- Infodatin; Pusat data dan informasi kementerian kesehatan RI. 2014. Jakarta Selatan (diakses 8 april 2017)
- Komisi Penanggulangan AIDS. 2017. Info HIV dan AIDS. <http://www.aidsindonesia.or.id/contents/37/78/Info-HIV-dan-AIDS#sthash.e5N0lvRp.dpbs>
- KPA. http://kpa.kebumenkab.go.id/?page_id=34 (diakses 8 April 2017)
- Mardiyah, Inayah. 2011. Pengaruh Religiusitas dan Family Support terhadap Happiness pada Lansia. Naskah Publikasi : Skripsi UIN
- Pratama, P. A. & Sulistyarini, I. 2012. Dukungan Keluarga dan Depresi pada HIV/AIDS di Yogyakarta. *Psikologika*, 12 (2), 29-37
- Purba, M. B., Rahayu, E. S. & Sinorita, H. 2010. Dukungan keluarga dan jadwal makan sebelum edukasi berhubungan dengan kepatuhan jadwal makan pasien diabetesmelitus (DM) tipe 2 rawat jalan yang mendapat konseling gizi di RSUD Kota Yogyakarta. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 7(2), 74-79
- Retnowati, S. & Munawarah, S.M., 2009. *Hardiness, Harga Diri, Dukungan Sosial dan Depresi pada Remaja Penyintas Bencana di Yogyakarta*. *Humanitas*, 6 (2), 105-122
- Saputri, M. A. & Indrawati, E. S. 2011. Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan Depresi pada Lanjut Usia yang Tinggal di Panti Wreda Wening Wardoyo Jawa Tengah. *Jurnal Psikologi Undip*, 9(1), 65-72

- Saraha, S., M., Kanine, E., & Wowiling, F. 2013 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik di Ruang Hemodialisa BLU RSUP Prof. Dr. RD. Kandou Manado. *eJournal Keperawatan*, 1 (1), 1-6
- Simboh, F.K., Bidjuni, H., & Lolong, J. 2015. Hubungan Dukungan Keluarga bagi Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS di Klinik VCT RSU Bethesda GMIM Tomohon. *eJournal Keperawatan*, 3 (2), 1-6
- Suara Merdeka. 2017. Kasus HIV di Kebumen Tertinggi. <http://www.suaramerdeka.com/sm cetak/detail/12504/Kasus-HIV-di-Kebumen-Tertinggi> (1 November 2017)
- Thompson, Neil. 2006. *Family support as reflective practice*. London and Philadelphia : Jessica Kingsley Publisher
- Utami, R. S. & Raudatussalamah. 2016. Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Kepatuhan Berobat Penderita Hipertensi di Puskesmas Tualang. *Jurnal psikologi*, 12(1), 91-98
- Widyarsono, Selvia. 2013. *Hubungan Antara Depresi dengan Kualitas Hidup Aspek Sosial pada Orang dengan HIV/AIDS*. Skripsi: UPI (<http://repository.upi.edu/3220/>)
- WHO. <http://www.who.int/gho/hiv/en/> (diakses 5 April 2017)
- Yaunin, Y., Afiant, R. & Hidayat, N. M. 2014. Kejadian Gangguan Depresi pada Penderita HIV/AIDS yang Mengunjungi Poli VCT RSUP Dr. M. Djamil Padang Periode Januari - September 2013. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 3(2)



HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PADA ORANG DENGAN HIV DAN AIDS

Alva Cherry Mustamu^{1✉, 2}, Mardiana Nurdin², Intan Gumilang Pratiwi³

¹ Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Sorong, Indonesia

² Puskesmas Waisai, Raja Ampat, Indonesia

³ Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Mataram, Indonesia

✉ alvamustamu@gmail.com, Tlp: +285293134452

Genesis Naskah:

Diterima 18 Oktober 2018; Disetujui 10 Januari 2019; Di Publikasi 1 Februari 2019

Abstrak

HIV dan AIDS menjadi masalah disetiap negara sehingga perlu mendapatkan perhatian serius. Pada tahun 2016, terdapat 5.493 kasus HIV & AIDS di Provinsi Papua Barat, dimana 1.683 kasus berada di Kabupaten Sorong dengan HIV 884 orang, AIDS 553 orang, dan 246 orang telah meninggal. Sekitar 9-10 pasien terdeteksi HIV Di RSUD Kabupaten Sorong setiap bulannya. Dukungan keluarga pada ODHA yang sangat kurang memperburuk situasi penderita. HIV dan AIDS masih dianggap sebagai sosok menyeramkan, karena saat divonis sebagai ODHA yang terbayang adalah kematian. Oleh sebab itu, kualitas hidup penderita menjadi masalah dalam kehidupan mereka. Padahal, ODHA yang memiliki kualitas hidup tinggi dan coping yang efektif dalam menghadapi tekanan, dapat membantu mereka untuk tetap menjaga kesehatannya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup ODHA. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi potong lintang (cross sectional). Jumlah sampel sebanyak 30 orang pasien HIV & AIDS yang diambil menggunakan purposive sampling. Hasil uji spearman's rho didapatkan p value = $0,001 < \alpha = 0,005$ artinya terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada orang dengan HIV dan AIDS. Perlu menciptakan Intervensi keperawatan khusus dalam perawatan ODHA untuk meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi stigma negatif dalam masyarakat yang secara tidak langsung berdampak pada keluarga dan ODHA.

Kata Kunci : Dukungan Keluarga, ODHA, Kualitas Hidup

FAMILY SUPPORT AND QUALITY OF LIVE FOR PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS

Abstract

HIV and AIDS are a problem in every country so it needs serious attention. In 2016, there were 5,493 cases of HIV & AIDS in West Papua Province, where 1,683 cases were in Sorong Regency with HIV 884 people, AIDS 553 people, and 246 people died. About 9-10 patients are detected HIV in Sorong District Hospital every month. Family support for people living with HIV / AIDS who are very less aggravating the patient's situation. HIV and AIDS is still considered a scary figure, because when convicted as an ODHA it is thought of death. Therefore, the quality of life of sufferers becomes a problem in their lives. In fact, PLWHA who have high quality of life and coping who are effective in facing pressure can help them to maintain their health. This study aims to determine the relationship between family support and quality of life for PLWHA. The method used in this research is cross sectional study. The number of samples of 30 HIV & AIDS patients taken using purposive sampling. Spearmans rho test results obtained p value = $0.001 < \alpha = 0.005$ which means that there is a relationship between family support and quality of life in people with HIV and AIDS. Need to create nursing interventions specifically in the care of PLWHA to improve the quality of life and reduce negative stigma in the community which indirectly affects families and PLWHA.

Keywords: Family Support, PIWHA, Quality Of Life

Pendahuluan

HIV dan AIDS menjadi masalah nasional, dan perlu mendapatkan perhatian serius dari semua pihak hampir disetiap negara (Burnet, 2014). Kasus HIV dan AIDS di Wilayah Papua Barat jumlah sebanyak 5.493 penderita dan jumlah kasus wilayah Kabupaten Sorong HIV dan AIDS Sebanyak 1.683 kasus, dimana HIV sebanyak 884 orang, AIDS 553 orang, dan yang telah meninggal tercatat 246 orang. Berdasarkan jenis kelamin yang terdeteksi HIV laki-laki mencapai 400 orang sedangkan perempuan berjumlah 484 orang lebih banyak di banding laki-laki. Sedangkan tahap AIDS laki-laki berjumlah 337 lebih banyak dibandingkan perempuan yang hanya berjumlah 216 kasus (BPS, 2017).

Kasus kematian akibat AIDS rang tercatat di RSUD Kabupaten Sorong yaitu laki-laki sebanyak 151 orang dan perempuan sebanyak 95 orang. Sekitar 9-10 pasien terdeteksi HIV setiap bulannya dan selama 2016 jumlah hiv yang terdeteksi positif baru, berjumlah 115 orang dan rata-rata kunjungan di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Sorong perhari adalah 1 sampai 3 pasien (Poliklinik VCT RSUD Kabupaten Sorong, 2016).

Hampir 99 % orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) sering mengalami masalah baik secara fisik maupun psikologis antara lain: muncul stress, penurunan berat badan, kecemasan, gangguan kulit, frustrasi, bingung, penurunan gairah kerja, perasaan takut, perasaan bersalah, penolakan, depresi bahkan kecenderungan untuk bunuh diri (Djoerban, 2015). Hal tersebut muncul akibat dukungan dan pemahaman terhadap perawatan ODHA sangat kurang serta ditambah dengan stigma masyarakat yang menganggap bahwa ODHA merupakan sosok yang menyeramkan karena siap untuk menghadapi kematian.

Sebenarnya, penyakit oportunistik pada ODHA biasanya akan cepat membaik, dengan

kenyamanan di rumah, dengan dukungan dari teman terutama keluarga karena mendapatkan kasih sayang, menghabiskan biaya lebih murah, menyenangkan, lebih akrab, dan membuat ODHA sendiri bisa mengatur hidupnya (Guoping Ji, et al, 2010). Inilah yang disebut dengan peningkatan kualitas hidup. Indikator standar kualitas hidup tidak hanya mencakup kekayaan dan lapangan pekerjaan, tetapi juga membangun lingkungan, kesehatan fisik dan mental, pendidikan, rekreasi, waktu senggang, dan milik sosial (Avabratha, 2011).

Hasil pengamatan yang dilakukan oleh peneliti di ruang poliklinik VCT (*Voluntary Conseling and Testing*) di RSUD Kabupaten Sorong serta wawancara dengan keluarga pasien ditemukan bahwa saat didiagnosa menderita HIV, ODHA lebih banyak menutup diri dan lebih emosional. Sedangkan keterangan lain dari ODHA didapatkan bahwa dukungan kurang didapatkan dari keluarga maupun teman karena mereka banyak menghindar ketika mengetahui penyakit yang dia derita.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk meneliti tentang apakah terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup ODHA yang diharapkan dapat menjadi masukan dalam bidang *family centered care nursing* pada penderita ODHA.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain cross sectional yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup ODHA. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 30 ODHA yang berkunjung di poliklinik VCT RSUD Kabupaten Sorong pada bulan Maret-April 2017. ODHA dalam keadaan sakit fisik dan kejiwaan tidak diikuti dalam penelitian ini. Alat pengumpulan data untuk tiap variabel menggunakan kuesioner yang terdiri dari dukungan keluarga (20

Pertanyaan), kualitas hidup (15 pertanyaan). Hasil uji validitas ($0,823-0,980 > 0,361$) dan reliabilitas ($0,961 > 0,361$).

Hasil Penelitian dan Pembahasan

Hasil penelitian dalam penelitian ini dimulai dari karakteristik umum responden yaitu umur yang disajikan dalam tabel berikut ini:

Tabel 1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan usia

No	Usia	Kelompok	
		n	%
1	17-25	1	3,3
2	26-35	26	86,7
3	36-45	3	10
Total		30	100

Dari tabel 1 sebagian besar responden berusia 26-35 tahun yaitu sebanyak 86.7% dan yang paling sedikit berusia 17-25 tahun yaitu sebanyak 3.3%.

Tabel 2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan status pernikahan

Status pernikahan	(n)	(%)
Belum Menikah	9	30
Menikah	15	50
Janda atau Duda	6	20
Total	30	100

Tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden sudah menikah yaitu sebanyak 15 (50%) responden dan yang paling sedikit adalah responden yang janda atau duda.

Tabel 3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin

Jenis Kelamin	(n)	(%)
Laki-laki	11	36,7
Perempuan	19	63,3
Jumlah	30	100

Tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 63,3%. Sedangkan laki-laki hanya 36.7 %

Tabel 4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan

Pendidikan	(n)	(%)
Tidak Sekolah	3	10
SD	2	6,7
SLTP	4	13,3
SLTA	18	60
Perguruan Tinggi	3	10
Jumlah	30	100

Tabel 4 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan SLTA/SMA yaitu sebanyak 60%. Sedangkan responden yang paling sedikit berpendidikan SD yaitu sebanyak 6.7 % responden.

Tabel 5 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pekerjaan

Pekerjaan	(n)	(%)
Bekerja	30	100
Tidak Bekerja	0	0
Jumlah	30	100

Tabel 5 menunjukkan bahwa seluruh responden memiliki pekerjaan yaitu sebanyak 100% responden.

Tabel 5 Distribusi frekuensi responden berdasarkan lama terdiagnosa

Lama terdiagnosa	(n)	(%)
4 tahun	9	30
3 tahun	7	23,3
2 tahun	12	40
1 tahun	2	6,7
Jumlah	30	100

Tabel 5 menunjukkan bahwa sebagian besar responden telah terdiagnosa HIV dan AIDS 2 tahun yaitu 40% responden. Sedangkan paling sedikit responden telah terdiagnosa 1 tahun yaitu 2% responden

Tabel 6 Distribusi frekuensi responden berdasarkan dukungan keluarga

Dukungan Keluarga	(n)	(%)
Baik	19	63.3
Kurang	11	36.7
Jumlah	30	100

Tabel 6 menunjukkan bahwa sebagian besar responden mendapatkan dukungan keluarga baik yaitu sebesar 63.3% responden. Sedangkan 36.7% responden mendapatkan dukungan keluarga kurang

Tabel 7 Distribusi frekuensi responden berdasarkan kualitas hidup

Kualitas Hidup	(n)	(%)
Baik	22	73,3
Kurang	8	26,7
Jumlah	30	100

Tabel 7 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas hidup baik yaitu 73,3% responden. Sedangkan hanya 26.7 % responden yang memiliki kualitas hidup kurang.

Tabel 8. Hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup orang dengan HIV dan AIDS (ODHA)

Dukungan keluarga	Kualitas hidup		Total	P value		
	Kurang	Baik				
	f	%	f	%	n	%
Kurang	6	20	5	80	11	100
baik	1	3.3	18	96.7	19	100

Tabel 8 menunjukan bahwa orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik akan memiliki kualitas hidup yang baik (96.7%). Sebaliknya, orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) yang mendapatkan dukungan keluarga kurang, akan memiliki kualitas hidup yang kurang (20%). Hasil uji *spearman's rho* didapatkan *p value* = 0,001 lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,005$ maka disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada orang dengan HIV dan AIDS (ODHA)

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) yang terlibat dalam penelitian ini berusia 26-35 tahun, berjenis kelamin perempuan, dan sudah menikah. Hal ini disebabkan oleh meskipun struktur kemitraan seksual yang bergantung pada usia, perempuan muda memiliki resiko lebih tinggi tertular HIV dibandingkan laki-laki muda (Bershteyn et al, 2013; Ott MQ et al, 2011; Anderson RM et al, 1992; Gregson S et al, 2002 et al, Hallett TB, 2007).

Merujuk pada kebudayaan Papua, dalam penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh USAIDS-FHI yang bekerjasama dengan Lembaga Penelitian Universitas Cenderawasih menggunakan metode Etnografi dengan pendekatan Rapid Anthropological Assesment Procedures tentang Program seksualitas Orang Papua (Dumatubun, 2003) menemukan adanya hubungan antara aktivitas seksual dalam kebudayaan suku bangsa Marind-Anim dengan kasus epidemi AIDS di Merauke. Terdapat berbagai ritual seks bebas dikalangan suku bangsa Marind-Anim, khususnya pada umur muda. Dapat disimpulkan bahwa ODHA umur muda lebih berisiko berperilaku seksual tidak aman sehingga kurang dalam melakukan tindakan pencegahan penularan HIV dibandingkan dengan umur tua. Namun, dalam beberapa kasus umur tua dapat juga berperilaku seks berisiko.

Dalam penelitian sebelumnya juga menghipotesiskan bahwa pria yang lebih tua (>35 tahun) berisiko menularkan HIV yang tidak proporsional kepada wanita yang muda (<25 tahun) karena tingkat penggunaan kondom dan mempraktekan seks yang aman yang juga rendah (Maughan-Brown B et al, 2016; Pettifor AE et al, 2005; Luke N, 2005; Welz T, 2007; Beauclair R,

2016; Longfield K, 2004; Ritchwood, 2016)

Responden yang didapatkan dalam penelitian ini sebagian besar berpendidikan SLTA/SMA dan memiliki pekerjaan. Sebagian besar responden beragama Kristen protestan, telah terdiagnosa HIV dan AIDS 2 tahun. Tingkat pendidikan yang berkaitan erat dengan pengetahuan tidak menjamin aktifitas seksual seseorang. Pelajar dan mahasiswa perguruan tinggi tahu bahwa HIV merupakan penyakit menular namun tetap melakukan hubungan seks tidak aman pada saat dewasa muda seperti tidak menggunakan kondom dan suka berganti-ganti pasangan (Stine, 2011). Seharusnya, tingkat pendidikan yang tinggi dapat mengarah pada perkembangan sosiokognitif yang lebih kuat sehingga kemampuan untuk mengasimilasi informasi resiko yang menjadi lebih baik. Namun dapat menjadi fenomena yang berbeda akibat pendidikan yang bersifat protektif di sekolah memungkinkan mereka menjadi lebih liar sepulang sekolah dan bertemu dengan siapa saja yang dapat membuat mereka menjadi senang, termasuk penderita atau orang yang berisiko HIV (Bershteyn A et al, 2013; Longfield Ket al, 2004).

Terkait status pekerjaan, negara yang berpenghasilan rendah dilaporkan memiliki dampak yang sangat besar terhadap kejadian HIV (Larsen et al, 2008; Rosen et al, 2013). Sebaliknya, kejadian HIV pada Negara yang berpenghasilan tinggi hanya 42-62% (Worthington et al, 2012; Ezzy D et al, 1998). Bahkan di negara-negara dengan sistem perawatan kesehatan universal/terpadu, status sosial ekonomi termasuk status pekerjaan telah terbukti sebagai faktor risiko prognostik independen penyebab HIV (Delpierre C, et al, 2008; Dray-Spira R, 2007; Legarth R et al, 2014).

Temuan penelitian bahwa agama kristen lebih tinggi prevalensi HIV dibandingkan muslim maupun katolik tampaknya akibat muslim dan katolik kurang mungkin terlibat dalam perilaku seperti hubungan seks tidak aman karena stigmatisasi moral agama dan takut pembalasan ilahi. Struktur organisasi "gereja dan muslim" dari komunitas agama katolik dan Muslim mungkin juga telah menyediakan lingkungan sosial yang kuat untuk mempertahankan tekanan terhadap perilaku seksual yang dianggap tidak dapat diterima secara sosial. Dibandingkan dengan anggota agama kristen yang lebih mungkin untuk melakukan hubungan seks. Mengingat bukti etnografis bahwa Kristen merupakan agama yang terbesar di Papua Barat maka responden yang didapatkan pada saat penelitian sebagian besar beragama Kristen Protestan.

Dalam penelitian ini, proporsi ODHA yang telah lama menderita lebih besar. Patut di waspadai sebenarnya adalah proporsi ODHA baru. Munculnya angka kasus baru ini mungkin tidak representatif, karena bisa saja ODHA tersebut baru teridentifikasi atau berada dalam periode jendela, namun sebenarnya ia sudah terinfeksi HIV. Selama selang waktu belum teridentifikasi, ODHA dapat menularkan HIV dan menyebabkan fenomena gunung es terus terjadi.

Penelitian ini menemukan bahwa memiliki kualitas hidup ODHA baik karena mendapatkan dukungan keluarga baik dan keduanya memiliki keterkaitan. Kondisi fisik yang buruk, ancaman kematian, serta adanya tekanan sosial menyebabkan penurunan kualitas hidup ODHA. Penelitian Nojomi, dkk (2008) didapatkan bahwa mayoritas orang yang hidup dengan HIV/AIDS baik yang simptomatik maupun asimtomatik memiliki kualitas hidup yang

rendah. Kualitas hidup merupakan pandangan atau perasaan ODHA terhadap kemampuan fungsionalnya akibat terserang HIV dan AIDS seperti kesehatan fisik, kondisi psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, dan hubungan individu tersebut dengan lingkungannya (Fayers & Machin, 2007; WHOQOL-HIV Bref, 2002)).

Penurunan kualitas hidup bagi ODHA tampak dari ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Stigma dan diskriminasi menunjukkan adanya ketidaksetaraan dalam kehidupan sosial yang membuat ODHA tidak mau membuka diri dan bersosialisasi di lingkungan sekitarnya. Pasien dengan HIV/AIDS sangat rentan mengalami tanda dan gejala depresi mulai ringan sampai berat yang dapat menurunkan kualitas hidup (David & Brian, 2000)

Dukungan keluarga diperlukan untuk mendorong keberhasilan pengobatan ODHA. Sebagian besar ODHA membutuhkan keluarga untuk menemani mereka mengunjungi klinik VCT dalam rangka pengobatan. Selain itu, keluarga berperan untuk memantau dan mengawasi pasien serta menyemangati ODHA.

Masih banyak ODHA yang merasakan dukungan keluarganya kurang akibat tingginya stigma masyarakat yang secara tidak langsung mempengaruhi psikologi anggota keluarga. Hal yang terjadi adalah keluarga merasa dikucilkan yang berdampak pada penelantaran ODHA bahkan diisolasi dari lingkungan sosial.

Bisa saja faktor karakteristik mempengaruhi seperti perempuan yang cenderung malu di tempat pekerjaan maupun di masyarakat dan umur yang belum matang. Tingkat pendidikan yang tinggi malah membuat mereka semakin menarik diri karena kemampuan membayangkan masa depan setelah terkena HIV. Serta fenomena lain ketika berada di tempat pekerjaan seperti

menjadi tidak nyaman, diskriminasi hingga takut dipecat.

Penyakit HIV/AIDS identik dengan perilaku yang tidak sesuai dengan norma, seperti seks bebas, penyalahgunaan narkoba dengan jarum suntik, dan seks sesama jenis sehingga ODHA dianggap pantas mendapatkan hukuman dari perbuatannya tersebut. Selain itu, stigma juga terjadi akibat kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai cara penularan HIV/AIDS.

Keluarga merupakan unit sosial terkecil yang berhubungan paling dekat dengan pasien karena merupakan sistem yang didalamnya terdapat anggota-anggota keluarga yang saling berhubungan dan saling ketergantungan dalam memberikan dukungan, kasih sayang, rasa aman, dan perhatian secara harmonis menjalankan peran masing-masing dalam rangka keberlangsungan hidup ODHA. Maka semua pihak dituntut agar memiliki tanggung jawab, pengorbanan, saling tolong menolong, kejujuran, saling mempercayai, saling membina pengertian dan damai dalam rumah tangga (Friedman, 2013).

Seharusnya, agama dapat digunakan sebagai pendekatan untuk meningkatkan kualitas hidup yang digunakan keluarga. Namun saat keluarga sudah terlanjur malu bahkan menarik diri, maka yang menjadi korban adalah penderita. Hasil penelitian Flora Ketsia Simboh (2014) menemukan bahwa keluarga yang mendukung ODHA memperoleh kualitas hidup yang baik dibandingkan dengan yang tidak mendukung.

Kesimpulan

Dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh ODHA sebagai *support system* atau sistem pendukung utama sehingga ia dapat mengembangkan respon atau coping yang efektif untuk beradaptasi dengan baik dalam menghadapi *stressor* terkait penyakitnya baik fisik, psikologis, maupun sosial. *Support system* yang baik akan meningkatkan kualitas hidup ODHA seperti meningkatkan kesehatan fisik, kondisi psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, dan hubungan individu tersebut dengan lingkungannya

Daftar Pustaka

- Anderson RM, May RM, Ng TW, Rowley JT. Age-dependent choice of sexual partners and the transmission dynamics of HIV in Sub-Saharan Africa. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 1992; 336:135–155.
- Asadullah M., Kamath R., Pattanshetty S., Andrews T., Nair N.S. 2011. Psychological impact on caregivers of HIV-infected children in Udupi district, Karnataka AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV, Volume 29, 2017 DOI:[10.1016/j.gmbhs.2011.08.001](https://doi.org/10.1016/j.gmbhs.2011.08.001)
- Badan Pusat Sattistik, 2107. Jumlah Kasus HIV, AIDS dan Kasus HIV yang Meninggal. Retrieved from <https://jayapurakab.bps.go.id/statictable/2017/07/28/21/jumlah-kasus-hiv-aids-dan-kasus-hiv-yang-meninggal-di-kabupaten-jayapura-2016-.html>.
- Beauclair R, Helleringer S, Hens N, Delva W. Age differences between sexual partners, behavioural and demographic correlates, and HIV infection on Likoma Island, Malawi. *Sci Rep* 2016; 6:36121.
- Bershteyn A, Klein DJ, Eckhoff PA. Age-dependent partnering and the HIV transmission chain: a microsimulation analysis. *J R Soc Interface* 2013; 10:20130613.
- Burnet Indonesia (Mac Farlane Burnet Institute for Medical Research and Public Health Limited). 2005. Buku Pegangan Konselor HIV, edisi 2. Retrieved from <https://www.burnet.internationalhealth.edu.au>
- David, F. R, & Brian, S. (2000). HIV & Psychiatry. Retrieved from <http://spiritia.or.id>.
- Delpierre C, Cuzin L, Lauwers-Cances V, Datta GD, Berkman L, Lang T. Unemployment as a risk factor for AIDS and death for HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. *Sex Transm Infect* 2008; 84:183–186.
- Djoerban, 2015. STATISTIK GLOBAL HIV DAN AIDS, 2015. Retrieved from <http://zubairidjoerban.org/statistik-global-hiv-dan-aids-2015/>.
- Dray-Spira R, Gueguen A, Ravaud JF, Lert F. Socioeconomic differences in the impact of HIV infection on workforce participation in France in the era of highly active antiretroviral therapy. *Am J Pub Health* 2007; 97:552–558.
- Ezzy D, de Visser R, Grubb I, McConachy D. Employment, accommodation, finances and combination therapy: the social consequences of living with HIV/AIDS in Australia. *AIDS Care* 1998; 10 (Suppl 2):S189–S199.
- Fayers, M., & Machin. (2007). Quality of Live. England: John Willey.
- Flora Ketsia Simboh, Hendro Bidjuni, Jill Lolong. 2015. Hubungan Dukungan Keluarga Bagi Kualitas Hidup Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Di Klinik VCT RSU Bethesda GMIM Tomohon. *Jurnal Keperawatan Vol 3, No 2 (2015)* Retrieved from <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/8080>.
- Friedman, M. M., Bowden, O., & Jones, M. (2003). Family Nursing: Theory and Practice. Ed. 3rd. Philadelphia: Appleton & Lange.
- Gregson S, Nyamukapa CA, Garnett GP, Mason PR, Zhuwau T, Carael M, et al. Sexual mixing patterns and sex-differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe. *Lancet* 2002; 359:1896–1903.
- Hallett TB, Gregson S, Lewis JJ, Lopman BA, Garnett GP. Behaviour change in generalised HIV epidemics: impact of reducing cross-generational sex and delaying age at sexual debut. *Sex Transm Infect* 2007; 83 (suppl 1):i50–i54.
- Ji, G., Li, L., Lin, C., & Sun, S. (2007). The impact of HIV/AIDS on families and children - a study in China. *AIDS (London, England)*, 21(Suppl 8), S157. Retrieved from <http://doi.org/10.1097/01.aids.0000304712.87164.42>
- Larsen B, Fox MP, Rosen S, Bii M, Sigei C, Shaffer D, et al. Early effect of antiretroviral therapy on work performance: preliminary results from a cohort study of kenyan agricultural workers. *AIDS* 2008; 22:421–425.

- Legarth R, Omland LH, Kronborg G, Larsen CS, Pedersen C, Gerstoft J, et al. Educational attainment and risk of HIV-infection, response to antiretroviral treatment, and mortality in Danish HIV-infected patients. *AIDS* 2014; 28:387–396.
- Longfield K, Glick A, Waithaka M, Berman J. Relationships between older men and younger women: implications for STIs/HIV in Kenya. *Stud Fam Plann* 2004; 35:125–134.
- Luke N. Confronting the 'sugar daddy' stereotype: age and economic asymmetries and risky sexual behaviour in urban Kenya. *Int Fam Plan Perspect* 2005; 31:6–14.
- Maughan-Brown B, Evans M, George G. sexual behaviour of men and women within age-disparate partnerships in South Africa: implications for young women's HIV risk. *PLoS One* 2016; 11:e0159162.
- Ott MQ, Bärnighausen T, Tanser F, Lurie MN, Newell ML. Age-gaps in sexual partnerships: seeing beyond 'sugar daddies'. *AIDS* 2011; 25:861–863.
- Pettifor AE, Rees HV, Kleinschmidt I, Steffenson AE, MacPhail C, Hlongwa-Madikizela L, et al. Young people's sexual health in South Africa: HIV prevalence and sexual behaviours from a nationally representative household survey. *AIDS* 2005; 19:1525–1534.
- Ritchwood TD, Hughes JP, Jennings L, MacPhail C, Williamson B, Selin A, et al. Characteristics of age-discordant partnerships associated with HIV risk among young South African women (HPTN 068). *J Acquir Immune Defic Syndr* 2016; 72:423–429.
- Rosen S, Larson B, Rohr J, Sanne I, Mongwenyana C, Brennan AT, et al. Effect of antiretroviral therapy on patients' economic well being: five-year follow-up. *AIDS* 2013; 28:417–424.
- Stine, G. J. (2011). *AIDS update 2011*. New York: McGraw-Hill.
- Welz T, Hosegood V, Jaffar S, Batzing-Feigenbaum J, Herbst K, Newell ML. Continued very high prevalence of HIV infection in rural KwaZulu-Natal, South Africa: a population-based longitudinal study. *AIDS* 2007; 21:1467–1472.
- WHOQOL-HIV Bref. (2002). Quality of Live HIV Bref. Retrieved from <http://www.who.int/substance>
- Worthington C, O'Brien K, Zack E, McKee E, Oliver B. Enhancing labour force participation for people living with HIV: a multiperspective summary of the research evidence. *AIDS Behav* 2012; 16:231–243

DINAMIKA DEPRESI PADA PENDERITA AIDS¹

Imaduddin Parhani

Fakultas Ushuluddin dan Humaniora
IAIN Antasari Banjarmasin

Diterima tanggal 3 Oktober 2016 / Disetujui 7 Oktober 2016

Abstract

Depression is a major mental health problem today. This is very important because people with depression productivity will decrease and this is very bad for a society and a country that is building. There are at least four chronic diseases that allow the depression sufferer, one of which is HIV and AIDS. Given the uncertainty over the fate of people living with HIV and AIDS had the potential to give rise to feelings of anxiety and depression. Someone who is infected with HIV and AIDS will be overcome by a feeling of dying, guilt about the behavior that makes infection, and taste sequestered by others. The cause of depression in people with HIV and AIDS by cognitive approach that is the mindset of people who deviate from the pattern of the logical interpretation or misinterprets an event or events, focusing on the negative situations that happened to him, and hope that pessimistic and negative about the future. Symptoms are raised is their depressed mood, decreased interest or pleasure in absolute terms, average of worthlessness or excessive guilt, thoughts of death. Response or reaction that occurs is refused, angry, and depressed when he learned he was infected with HIV and AIDS, and eventually be able to accept his situation. Efforts are being made to reduce depression are manifold. One is through social support to colleagues who also have HIV and AIDS.

Kata kunci: Dinamika, Depresi, HIV dan AIDS, *Cognitive Approach*

Pendahuluan

Depresi merupakan penyakit mental tertua yang dicatat. Hal ini dapat dilihat dalam al-Quran surat al-Baqarah ayat 112 yang artinya: “(tidak demikian) bahkan barangsiapa yang menyerahkan diri kepada Allah, sedang ia berbuat kebajikan, maka baginya pahala pada sisi Tuhannya dan tidak ada kekhawatiran terhadap mereka dan tidak (pula) mereka bersedih hati”. Selama berabad-abad, dari para terdidik muncul catatan tentang suasana hati yang tidak dapat dijelaskan yang bervariasi dari keputusan dan kebahagiaan yang berkepanjangan. Beberapa orang yang mengakui kesedihan mereka sebagai penyakit kelihatannya menerima hal ini sebagai bagian dari kondisi manusia sementara untuk yang lain berlangsung tanpa di kenali atau keliru didiagnosis.²³

Dalam istilah awam, depresi berarti kemurungan, patah semangat, atau kesedihan yang bisa jadi menandakan adanya gangguan kesehatan. Dalam medis, istilah ini merujuk ada kondisi mental yang didominasi oleh penurunan mood dan sering disertai oleh berbagai gejala penyerta, terutama kecemasan, agitasi, perasaan diri tidak berharga, ide bunuh diri, hipobulia, retardasi psikomotor, berbagai gejala somatik, dan disfungsi fisiologik (misal insomnia serta berbagai keluhan).⁴

Sebuah proyek yang berjudul *Global Burden of Disease* yang disponsori oleh WHO menyatakan bahwa gangguan jiwa depresi menempati urutan ke-4 sebagai penyebab ketidakmampuan (*disability*) seseorang dalam menjalankan fungsi kehidupannya sehari-hari. Bahkan diramalkan ada tahun 2020 depresi akan menempati urutan ke-2 dari penyebab disabilitas.⁵

Depresi menjadi penyebab utama dari tindakan bunuh diri, dan tindakan bunuh diri tersebut menduduki urutan ke enam dari penyebab utama kematian di Amerika Serikat. WHO memperkirakan angka kejadian depresi pada populasi dunia adalah 3 persen. Sortorius menaksir ada sekitar 100 juta penduduk dunia

¹Tulisan ini merupakan skripsi pada Strata S1 Universitas Muhammadiyah Malang tahun 2006. Dengan Pembimbing pertama adalah Dra. Diah Karmiyati, M.Si dan pembimbing kedua adalah Dra. Cahyaning Suryaningrum, M.Si.

²Dadang Hawari, *Al-Qur'an, Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa* (Jakarta: Dana Bhakti Prima Yasa, 1996), 54.

³Mc Keon, *Menghadapi Depresi & Elasi* (Jakarta: Arcan, 1990), 1.

⁴WHO. *Leksikon Istilah Kesehatan Jiwa dan Psikiatri* (Jakarta: EGC, 2003), 50.

⁵ Dadang. Hawari, *Dimensi Religi dalam Praktek Psikiatri dan Psikologi* (Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2002), 122.

mengalami depresi. Sekitar dua pertiga penderita depresi mengalami pikiran akan bunuh diri dan sekitar 10-15 persen melakukan bunuh diri⁶

Angka-angka tersebut akan terus bertambah untuk masa-masa yang akan datang dikarenakan oleh sejumlah faktor, antara lain semakin bertambahnya usia harapan hidup, semakin beratnya stressor psikososial, kehidupan beragama yang semakin ditinggalkan, dan semakin bertambahnya berbagai penyakit kronik⁷ Setidaknya terdapat empat penyakit kronik yang memungkinkan terjadinya depresi pada penderitanya, yaitu: penyakit jantung koroner, diabetes melitus, kanker, dan HIV dan AIDS⁸.

Dalam bahasa medis, AIDS diartikan sebagai *Acquired Immune Deficiency Syndrome* atau kumpulan berbagai penyakit yang timbul karena menurunnya sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS disebabkan oleh HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) atau virus yang menyerang sistem kekebalan manusia.⁹ AIDS merupakan suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh retrovirus yaitu *human immunodeficiency virus* (HIV). Virus ini disebarkan melalui kontak dengan cairan tubuh (semen, darah, dan air susu ibu), dari orang yang menderita HIV melalui jalur seksual maupun aseksual. HIV menginfeksi dan menekan limfosit T4 (sel penginduksi-pembantu). Berbagai gangguan neuropsikiatrik yang terkait HIV disebabkan oleh kerja neuritropik virus secara langsung. Manifestasi AIDS itu sendiri dapat berupa satu atau beberapa indikator penyakit seperti sarkoma kaposi, limfoma, SSP primer, meningitis, hepatitis, dan tuberkulosis¹⁰.

Orang tua yang kurang menyadari apa penyebab dari tingkah laku anak mereka. Orang tua lebih melempar tanggungjawab pembinaan anak sepenuhnya kepada pihak sekolah. Padahal penanaman karakter pada diri anak bukan hanya tanggung jawab guru di sekolah, artinya tidak harus melalui jalur pendidikan formal. Namun orang tua sebagai pemilik anak yang sesungguhnya memiliki tanggung jawab yang sangat besar dan utama dalam hal ini. Banyak kasus kenakalan yang dilakukan oleh anak lebih banyak disebabkan. Di Indonesia, infeksi HIV adalah merupakan masalah kesehatan yang memerlukan perhatian sejumlah pihak. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, pada akhir bulan Maret 2015 tercatat kumulatif 234.185 kasus HIV dan AIDS yang sudah ditemukan dan dilaporkan sejak pertama kali ditemukan pada tahun 1987. Dengan rincian sebesar 167.350 kasus HIV dan 66.835 kasus AIDS.¹¹ Diyakini jumlah tersebut jauh lebih rendah daripada keadaan yang sebenarnya. Diduga jumlah kasus HIV dan AIDS di Indonesia pada tahun 2015 adalah sebesar 759.691 kasus¹²

Menurut Green dan Setyowati, selain dapat mengakibatkan kematian, HIV dan AIDS juga memunculkan berbagai masalah psikologis seperti ketakutan, keputusan yang disertai dengan prasangka buruk dan diskriminasi dari orang lain, yang kemudian dapat menimbulkan ketakutan psikologis.¹³ Salah satu jenis tekanan psikologis utama yang sering terjadi pada penderita AIDS adalah depresi dengan gejala adanya perasaan sedih, putus asa, tidak berdaya, merasa rendah diri, merasa bersalah, merasa tidak berharga, keinginan untuk bunuh diri di saat penyakit semakin memberat seringkali terlintas pada sebagian penderita terutama mereka yang melihat kematian temannya yang disebabkan oleh AIDS, menarik diri dari pergaulan, memberikan ekspresi “pasrah”, sulit tidur, dan hilangnya nafsu makan.¹⁴

⁶Yaslinda Yaunint, Rudi A Priant, dan Nurul Maulidya Hidayat, “Kejadian Gangguan Depresi Pada Penderita HIV/AIDS yang Mengunjungi Poli VCT RSUP Dr. M Djamil Padang Periode Januari – September 2013”, dalam *Jurnal Kesehatan Andalas* 2014;3(2), 244-247.

⁷Dadang Hawari, *Al-Qur'an, Ilmu Kedokteran Jiva dan Kesehatan Jiva* (Jakarta: Dana Bhakti Prima Yasa, 1996), 56.

⁸Brannon, L & Jess, F, *Health Psychology An Introduction To Behavior and Health Fourth Edition* (USA: Wadswort, 2000).

⁹Vrisaba, R, *Kiat Menangkal AIDS* (Bandung: Pionir Jaya, 2001), 29.

¹⁰WHO. *Leksikon Istilah Kesehatan Jiva dan Psikiatri* (Jakarta: EGC, 2003), 9.

¹¹Laporan Perkembangan HIV/AIDS di Indoensia di akses di <http://sahivausu.blogspot.co.id/2016/06/laporan-perkembangan-hiv-aids-di.html>. Pada tanggal 7 September 2016.

¹²Kementerian Kesehatan Republik Indoensia, *Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2011-2016* (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011), vii.

¹³Beta Kurnia Arriza, Endah Kumala Dewi, Dian Veronika Kaloeti, “Memahami Rekonstruksi Kebahagiaan Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)”, dalam *Jurnal Psikologi Undip* Vol.10, No.2. Oktober 2011. 153-162.

¹⁴John G Bhrun, *Aspek Sosial dan Psikologis dari AIDS* (Jakarta: EGC, 1997) 227.

Muma, Lynons, dan Pollard¹⁵ menyatakan bahwa tekanan psikologis utama pada penderita HIV dan AIDS antara lain berupa kecemasan karena rasa tidak pasti tentang penyakit yang dideritanya, depresi, merasa sedih, rendah diri, berkeinginan bunuh diri, merasa terisolasi dan berkurangnya dukungan sosial, merasa ditolak oleh keluarga dan orang lain, dan merasa marah pada diri sendiri dan orang lain, merasa takut bila ada orang lain yang mengetahui penyakit yang dideritanya, merasa khawatir dengan biaya perawatan, merasa malu dengan adanya stigma dan penyangkalan terhadap riwayat penggunaan obat-obatan terlarang.

Menurut Kalichman¹⁶ sebanyak satu dari empat penderita HIV dan AIDS berusia lebih dari 45 tahun pasti memiliki pikiran untuk bunuh diri karena sakit yang dideritanya. Pikiran bunuh diri ini disebabkan oleh depresi yang mereka alami. Di samping itu, adanya ketidakpastian akan nasib penderita HIV dan potensi untuk menderita AIDS menimbulkan perasaan cemas dan depresi. Orang yang sudah terkena HIV dan AIDS akan dihindari perasaan menjelang maut, rasa bersalah akan perilaku yang membuatnya terkena infeksi, dan rasa bersalah akan perilaku yang membuatnya terkena infeksi, dan rasa diasingkan oleh orang lain. Stres ini akan turut melemahkan sistem imun yang sudah dilumpuhkan oleh HIV sebelumnya. Banyak orang yang tertular HIV dan AIDS juga ditinggalkan oleh teman atau pasangan mereka. Depresi berkepanjangan ini akan turut melemahkan sistem imun penderita sendiri.¹⁷

Dengan melihat kerangka berpikir di atas, maka di sinilah pentingnya pembahasan dinamika depresi pada penderita HIV dan AIDS ditinjau dari perspektif teori kognitif yang berfokus pada faktor-faktor penyebab depresi, gejala-gejala depresi, respon atau reaksi penderita HIV AIDS yang mengalami depresi dan upaya yang dilakukan penderita HIV dan AIDS terhadap depresi yang dialaminya.

Pendekatan Teori Kognitif

Pendekatan teori kognitif beranggapan bahwa depresi neurosa terjadi sebagai akibat adanya *negative cognition set* (konstelasi depresi) sebagai suatu predisposisi dalam pemunculan depresi pada individu, sehingga menimbulkan *self esteem* (penghargaan diri) yang rendah yang mengakibatkan timbulnya anggapan yang salah, pesimis dalam menghadapi permasalahan dalam hidupnya. Keadaan ini membuat individu memiliki harapan yang sangat terbatas terhadap kehidupan masa depannya. Jelas sekali bahwa teori ini melibatkan terjadinya depresi terutama sebagai gangguan dalam proses berpikir dan bukan sebagai gangguan kehidupan perasaan emosi. Gangguan dalam proses berpikir (kognisi) ini berupa distorsi dalam mengkonseptualisasikan stimulus dan adanya disfungsi skema/*belief*.

Arron T. Beck telah menawarkan penjelasan yang komprehensif mengenai depresi dari sudut pandang kognitif, yang disebut dengan model kognitif depresi. Model kognitif depresi Beck terdiri dari tiga konsep utama, yaitu:¹⁸

1. Pandangan negatif tentang diri sendiri
Keyakinan diri bahwa penderita merasa tidak berharga, rusak, tidak mampu dan tidak diharapkan. Seorang individu yang mengalami depresi akan menginterpretasikan kejadian negatif disebabkan kegagalan dan ketidakmampuan diri.
2. Pandangan negatif tentang dunia
Menganggap dunia dan lingkungannya sebagai tidak peka, membuat frustrasi, dan banyak memuntut. Seorang individu yang depresi akan melihat dunia secara pesimis dan sinis.
3. Pandangan negatif tentang masa depan
Menganggap masa depan sebagai sia-sia dan menyakini bahwa kejadian negatif akan terus terjadi. Seorang individu yang mengalami depresi percaya bahwa ia tidak berdaya dan tidak memiliki kekuatan untuk memperbaiki keadaan atau masa depannya.

Menurut Beck yang dikutip oleh Rehm dan Carter (1990),¹⁹ depresi merupakan gangguan pemikiran, dan bukan gangguan afeksi. Gejala-gejala afektif, motivasi, dan perilaku disebabkan oleh pemikiran negatif

¹⁵Widijati, Dyah Wahyuningsih, Aris Fitriyani, "Acceptance And Commitment Therapy (ACT) Application Toward Self Acceptance and Commitment to Prevent the Transmission of HIV/AIDS" dalam jurnal *Link*. Vol. 10 1 Januari 2014.

¹⁶Yosua Hendriko Manurung, Margarita Maria Maramis, Erwin Astha Triyono. The Depression Profile of People Living With HIV/AIDS (PLWHA) Receiving Antiretroviral Treatment In Dr. Soetomo Hospital Surabaya. *Folia Medica Indonesiana* Vol. 50 No. 1 January - March 2014 : 6-9.

¹⁷Ronald Hutapea, *AIDS & PMS dan Perkosaan* (Jakarta: Rineka Cipta, 1995), 55.

¹⁸Kassandra Oemarjoedi, *Pendekatan Cognitive Behavior Dalam Psikoterapi* (Jakarta: Kreatif Media, 2003.), 8.

¹⁹De Clerq, *Tingkah Laku Abnormal dari Sudut Pandang Perkembangan* (Jakarta: Grassindo, 1994), 117.

orang depresif tersebut. Dengan kata lain, depresi secara pokok dilihat sebagai penyimpangan atau gangguan dari proses berpikir, yang disebut sebagai *cognition distortion*. *Cognition distortion* adalah kecenderungan salah mengerti atau penyimpangan kejadian-kejadian penting di dalam cara yang negatif.

Berikut ini sejumlah bentuk *cognition distortion* atau distorsi-distorsi kognitif yang sering ditemukan pada penderita depresi:²⁰

1. Abstraksi selektif; kecenderungan untuk menarik kesimpulan berdasarkan perincian atau peristiwa yang terjadi dengan sendiri.
2. Generalisasi yang berlebihan (*overgeneralisasi*); kecenderungan untuk menganut keyakinan-keyakinan ekstrim yang didasarkan pada peristiwa tertentu, dan menerapkannya pada situasi yang berbeda.
3. Kesimpulan arbitrer (*arbitrary inference*); membuat kesimpulan dari tidak adanya bukti yang relevan.
4. Personalisasi (*personalization*); kecenderungan untuk menghubungkan semua peristiwa dengan diri sendiri, bahkan bila tidak ada hubungan sama sekali.
5. Berpikir dalam dikotomi (*polarized thinking*); kecenderungan untuk berpikir dengan cara semua – atau-tidak sama (*all – or – nothing*) secara ekstrim atau secara hitam putih.
6. *Magnification/exaggeration* (membesar-besarkan/berlebihan); pemikiran yang berlebihan mengenai signifikansi peristiwa negatif, membesar-besarkan kegagalan dan mengurangi sukses, terlalu memandang tinggi keterbatasan diri dan persoalan-persoalan, memandang rendah kemampuan sendiri.

Metode Penelitian

Subjek penelitian adalah 1 (satu) orang Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) dengan fokus kepada dinamika depresi pada penderita HIV dan AIDS yang meliputi faktor-faktor penyebab depresi, gejala-gejala depresi, respon atau reaksi penderita HIV AIDS yang mengalami depresi, dan upaya yang dilakukan penderita HIV dan AIDS terhadap depresi yang dialaminya.

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan jenis rancangan studi kasus tunggal dengan pendekatan kognitif. Data tentang depresi pada penderita HIV dan AIDS diungkap dengan menggunakan wawancara secara mendalam. Metode wawancara yang digunakan adalah menggunakan wawancara semi terstruktur. Penggunaan metode wawancara semi terstruktur dalam penelitian ini pewawancara telah menyediakan point-point pertanyaan atau informasi yang dibutuhkan, selanjutnya bagaimana teknik bertanya dan cara mencatat jawaban sepenuhnya diserahkan kepada keluwesan pewawancara, kesediaan yang diwawancarai, serta situasi dan kondisi yang ada.

Selain menggunakan wawancara, penelitian ini juga menggunakan metode observasi sistematis sebagai tambahan data-data atau informasi yang sebenarnya mengenai perilaku penderita HIV dan AIDS dalam hubungannya dengan depresi yang dialaminya, guna melengkapi data-data yang sudah ada, sesuai dengan point-point masalah yang telah dirumuskan, yang mungkin tidak berhasil diungkap lewat metode wawancara atau tes.

Sebagai pelengkap dari penelitian yang dilakukan, tes psikologi juga diberikan kepada penderita HIV dan AIDS ada 2 (dua) macam. Tes psikologi yang diberikan pertama adalah tes proyektif (tes grafis) yang bertujuan untuk menggambarkan proyeksi diri penderita HIV dan AIDS yang meliputi respon-respon depresif penderita HIV dan AIDS serta gejala-gejala yang ditampakkan oleh penderita HIV dan AIDS terhadap depresi yang dialaminya. Tes psikologi kedua yang diberikan adalah tes inventori (MMPI atau *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* dan BDI atau *Beck Depression Inventory*). Tes inventori digunakan untuk menggambarkan keadaan diri penderita HIV dan AIDS, khususnya gejala-gejala depresi penderita HIV dan AIDS (karakteristik individu, motivasi, pikiran, perasaan, dan tingkah laku yang dimunculkan penderita HIV dan AIDS).

Hasil dan Pembahasan

Pada dasarnya tiap individu akan menghadapi berbagai macam masalah dan tekanan-tekanan yang menyertai dalam setiap kehidupannya dan setiap individu yang menghadapi berbagai macam masalah dan tekanan tersebut akan mempunyai penyebab, gejala, respon, dan upaya yang berbeda-beda. Demikian pula dengan halnya dengan penderita HIV dan AIDS yang mengalami depresi, mereka mempunyai dinamika depresi yang berbeda pula. Dalam hal ini akan dibahas berdasarkan hasil observasi, wawancara, dan hasil tes psikologis, serta berlandaskan pada teori kognitif.

²⁰De Clerq, *Tingkah Laku Abnormal dari Sudut Pandang Perkembangan* (Jakarta: Grassindo, 1994), 117.

Apabila ditinjau dari pendekatan teori kognitif yang dikembangkan oleh Aaron Beck maka penyebab depresi yang dialami oleh penderita HIV dan AIDS dapat dijelaskan dalam tiga konsep utama, yaitu.²¹

Konsep yang pertama adalah terhadap dunia. Penderita HIV dan AIDS dengan keadaannya sekarang memandang dunia dan lingkungan sekitarnya, khususnya keluarganya sendiri sebagai kelompok seseorang yang tidak peka, membuat frustrasi dan banyak menuntut banyak hal kepada penderita. Hal ini menyebabkan penderita merasa dikalahkan, dirugikan, dihina, dan memandang pesimis dan sinis terhadap dunia sekitarnya.

Konsep kedua adalah terhadap diri sendiri. Penderita HIV dan AIDS dengan keadaannya sekarang ini menganggap dirinya tidak baik lagi, tidak layak hidup lagi, dan tidak lagi diharapkan kehadirannya karena HIV dan AIDS yang diidapnya sekarang.

Konsep ketiga adalah terhadap masa depan. Penderita HIV dan AIDS dengan keadaannya sekarang menganggap bahwa masa depannya akan sia-sia dan menyakini bahwa kejadian-kejadian buruk, kesukaran, rasa frustrasi, dan susah akan terus terjadi pada dirinya. Penderita HIV dan AIDS percaya bahwa ia tidak berdaya dan tidak memiliki kekuatan untuk memperbaiki keadaan yang dialaminya dan juga masa depannya sendiri.

Berdasarkan hal tersebut, sebenarnya pola pikir penderita HIV dan AIDS dianggap menyimpang dari pola interpretasi logis atau salah menginterpretasikan sebuah fakta, juga dianggap terfokus pada aspek situasi yang negatif, serta harapan yang pesimistis dan putus asa terhadap masa depannya sendiri. Dengan kata lain, depresi yang dialami oleh penderita HIV dan AIDS dipandang sebagai sebagai penyimpangan atau gangguan dari proses berpikir, yang disebut sebagai “*cognitive distortion*”²².

Berikut ini sejumlah bentuk “*cognitive distortion*” atau distorsi-distorsi kognitif yang ditemukan pada penderita HIV dan AIDS yang mengalami depresi, yaitu:

1. Abstraksi selektif, kecenderungan untuk menarik kesimpulan berdasarkan perincian atau peristiwa yang terjadi dengan sendirinya. Ketika individu terkena HIV dan AIDS, maka hal negatif yang muncul dalam pikiran penderita adalah bahwa dirinya adalah orang yang benar-benar tidak berharga, dan orang yang tidak baik dan jelek.
2. Generalisasi yang berlebihan (*overgeneralisasi*); kecenderungan untuk menganut keyakinan-keyakinan ekstrim yang didasarkan pada peristiwa tertentu, dan menerapkannya pada situasi yang berbeda. Penderita yang mengidap HIV dan AIDS mengalami masalah dengan kondisi fisiknya dan menyimpulkan bahwa dia juga akan mengalami masalah dengan kondisi-kondisi yang lainnya, misalnya komunikasi atau kontak sosial dengan orang-orang lain di sekitarnya.
3. Personalisasi (*personalization*); kecenderungan untuk menghubungkan semua peristiwa dengan diri sendiri, bahkan bila tidak ada hubungan sama sekali. Penderita HIV dan AIDS merasa orang lain tidak suka kepada dirinya, karena penderita merasa tidak berharga dan tidak diperhatikan lagi.
4. Berpikir dalam dikotomi (*polarized thinking*); kecenderungan untuk berpikir dengan cara semua atau tidak sama sekali (*all – or – nothing*), secara ekstrim atau secara hitam putih. Penderita HIV dan AIDS memandang hanya ada dua jenis orang yaitu berharga dan tidak berharga, dan penderita HIV dan AIDS merasa adalah orang yang tidak berharga, gagal, dan berdosa.
5. *Magnification/exaggeration* (membesar-besarkan/berlebihan); pemikiran yang berlebihan mengenai signifikansi peristiwa negatif, memperbesar kegagalan dan mengurangi sukses terlalu memandang tinggi keterbatasan diri dan persoalan-persoalan, memandang rendah kemampuan sendiri. Tampak penderita HIV dan AIDS yang diidapnya sebagai bentuk kegagalan yang terbesar dalam hidupnya, dan ini akan berarti kematian bagi penderita HIV dan AIDS. Orang tua penderita HIV dan AIDS ketika mengetahui itu akan memarahi penderita dan tidak akan memaafkan penderita.

Gejala-gejala yang ditampakkan oleh penderita HIV dan AIDS yang mengalami depresi akan sangat beragam dan berbeda antara satu dengan yang lainnya. Gejala-gejala tersebut dipengaruhi oleh penyebab dan faktor pencetus dari terjadinya depresi.

Adanya kesalahan dalam pola berpikir penderita HIV dan AIDS dalam menginterpretasikan sebuah fakta atau keadaan dirinya sekarang dan hanya berfokus pada aspek-aspek negatif dari diri sendiri, harapan-harapan yang pesimistis dan putus asa terhadap masa depannya sendiri tersebut akan memunculkan gejala-gejala depresi seperti pesimistis terhadap hidup yang akan dijalani, stres terhadap keadaan dirinya, cemas, takut mati, keinginan kuat untuk mati, mengkritik diri, tidak bersemangat dalam menyelesaikan tugas,

²¹Kassandra Oemarjoedi, *Pendekatan Cognitive Behavior Dalam Psikoterapi* (Jakarta: Kreatif Media, 2003), 8.

²²De Clerq, *Tingkah Laku Abnormal dari Sudut Pandang Perkembangan* (Jakarta: Grassindo, 1994), 116.

cenderung menghindari pergaulan sosial, perasaan rendah diri, merasa tidak mampu, tidak percaya diri, dan merasa tidak berani.

Gejala yang dimunculkan penderita HIV dan AIDS tersebut sudah sejalan dengan kriteria diagnostik DSM IV yang harus muncul pada individu untuk menegakkan diagnosa depresi. Kriteria diagnostik tersebut, yaitu mood depresi atau suasana depresi yang depresif, menurunnya minat atau kesenangan, rasa tidak berharga atau bersalah berlebihan dan pikiran akan kematian.²³

Menurut Hawari depresi adalah salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (afektif, mood) yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketidadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa, berat badan menurun, perasaan bersalah, konsentrasi dan daya ingat yang menurun.

Gejala-gejala depresi tersebut didapat pertama kali ketika penderita dinyatakan mengidap HIV dan AIDS. Dalam kenyataannya, tidaklah mudah membedakan antara gejala penyakit fisik karena HIV dan AIDS dengan depresi murni. Terkadang bisa saja gejala-gejala yang muncul adalah sama, sehingga tidak mudah membedakan mana gejala yang murni depresi dan mana yang diakibatkan penyakit fisik. Menurut Bastaman²⁴ untuk memudahkan mengenali depresi maka hal yang bisa dilihat antara lain keluhan yang dikemukakan penderita sangat berlebihan, sehingga tidak sesuai dengan penyakit fisiknya, hasil pemberian obat yang untuk penyakit fisik hasilnya tidak memuaskan, dan keluhan yang dikemukakan penderita tidak spesifik atau berpindah-pindah tempat keluhannya. Kalau demikian adanya, maka diagnosa depresi dapat ditegakkan.

Respon-respon yang ditampilkan oleh penderita HIV dan AIDS yang mengalami depresi akan sangat beragam. Setiap penderita akan berbeda-beda dalam meresponnya. Respon tersebut sangat dipengaruhi oleh perjalanan penyakit HIV dan AIDS itu sendiri dan perkembangan psikologis dari penderita.

Ketika pertama kali di vonis petugas kesehatan terkena HIV, penderita merasa tidak percaya, di dalam diri penderita muncul pertanyaan mengapa harus dirinya yang terkena, dan kenapa tidak orang lain saja yang terkena. Penderita merasa diisolasi oleh lingkungan sekitarnya dan keluarganya sendiri serta penderita HIV dan AIDS menganggap bahwa HIV yang di deritanya tersebut sebagai sebuah hukuman dari perbuatan yang telah dilakukannya di masa yang lampau.

Setelah berjalannya waktu, penderita HIV dan AIDS mulai dapat menerima kenyataan yang terjadi pada dirinya sebagai suatu yang benar-benar terjadi. Penderita HIV dan AIDS mulai pasrah dan sudah siap jika harus dipanggil-Nya karena penderita menganggap dirinya sudah berusaha yang terbaik dan memandang kejadian yang menimpanya ini pasti sudah ditakdirkan oleh-Nya. Meskipun proses penerimaan ini sudah terjadi namun gejala-gejala depresi masih tetap ada di dalam diri penderita HIV dan AIDS.

Muninjaya²⁵ menjelaskan bahwa tekanan batin atau beban psikologis yang disandang penderita HIV dan AIDS mungkin akan menimbulkan dua reaksi pada diri penderita HIV dan AIDS. Penderita HIV dan AIDS mungkin akan pasrah, bertobat atau menerimanya sebagai sebuah cobaan hidup sambil berharap akan datangnya belas kasihan orang lain dalam bentuk bantuan sosial kemanusiaan. Atau sebaliknya yaitu akan tumbuh sikap negatif, baik terhadap diri sendiri maupun terhadap masyarakat disekitarnya. Sikap negatif terhadap diri sendiri misalnya penderita HIV dan AIDS mungkin akan mencoba bunuh diri dan kalau ini jadi pilihannya maka rantai penularan HIV dan AIDS akan terputus. Namun kalau penderita HIV dan AIDS memilih sikap negatif terhadap masyarakat di sekitarnya dengan sengaja menularkan kembali virus HIV kepada orang lain, akan bertambah beratlah masalah HIV dan AIDS di masyarakat. Dapat dibayangkan akibatnya jika virus HIV menyebar menginfeksi tidak hanya satu atau dua orang tapi ratusan bahkan ribuan orang.

Menurut teori yang dikembangkan oleh Dr. Elizabeth Kubler-Ross,²⁶ secara umum terdapat 5 (lima) tahap atau reaksi yang akan dilewati oleh penderita HIV dan AIDS dalam menjalani hidupnya bersama HIV

²³Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental (DSM) adalah klasifikasi standar gangguan mental yang digunakan oleh profesional kesehatan mental termasuk psikiater dan dokter lainnya, psikolog, pekerja sosial, perawat, terapis okupasi dan rehabilitasi, dan konselor. Ini juga merupakan alat yang diperlukan untuk mengumpulkan dan mengkomunikasikan data statistik yang akurat kesehatan masyarakat. Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental (DSM) diterbitkan oleh American Psychiatric Association dan menyediakan bahasa yang sama dan kriteria standar untuk klasifikasi gangguan mental. Ada lima revisi sejak pertama kali diterbitkan pada tahun 1952, secara bertahap termasuk gangguan lebih mental, meskipun beberapa telah dihapus dan tidak lagi dianggap gangguan mental

²⁴Hadi, *Depresi & Solusinya* (Yogyakarta: Tugu, 2004), 35.

²⁵Gde. Muninjaya, *AIDS di Indoensia: Masalah dan Kebijakan Penanggulangan di Indonesia* (Jakarta: EGC, 1999), 99.

²⁶Niven, *Psikologi Kesehatan Pengantar Untuk Perawat & Profesional Kesehatan Lain* (Jakarta: EGC, 2000), 176.

dan AIDS, yaitu (1) Tahap *denial*, dengan mengingkari kematian dengan mengisolasi perasaan yang berhubungan dengan kematian. (2) Tahap *angry*, dengan melakukan kemarahan yang ditujukan pada kenyataan bahwa dirinyalah yang harus meninggal sedangkan orang lain tidak meninggal. (3) Tahap *bargaining*, dengan berusaha menawar untuk mendapatkan pengobatan dan mencoba untuk menunda hal-hal yang tidak terelakkan. (4) Tahap *depression*, dengan bereaksi terhadap berbagai macam kehilangan, persiapan emosional untuk perpisahan. (5) Tahap *acceptance*, dengan mampu menerima kenyataan tentang kematiannya dan berusaha menyesuaikan diri terhadap kehilangan dan kematian.

Apabila dideskripsikan tentang respon penderita HIV dan AIDS, maka tergambar bahwa ketika pertama kali divonis mengidap HIV dan AIDS penderita langsung mengalami penolakan dengan tidak mempercayai diagnosa yang ditegakkan (*denial*). Selanjutnya penderita mengalami kemarahan (*angry*) yang diwujudkan dengan perasaan marah terhadap orang lain dan diri sendiri serta frustrasi dan dilanjutkan dengan depresi (*depression*) dengan tanda-tanda klinis seperti menarik diri, sedih, suasana hati muram, merasa bersalah, tidak berdaya, dan ide bunuh diri. Dan setelah menjalani proses pengobatan dan dukungan akhirnya penderita dapat menerima dan menyesuaikan diri dengan keadaan yang terjadi pada dirinya sebagai sebuah kenyataan hidup yang harus dijalani (*acceptance*).

Bukan berarti bahwa semua penderita akan mengalami semua tahapan reaksi ini dan bukan berarti juga tahapan tersebut terjadi secara berurutan. Dalam kenyataannya, tidak jarang seorang penderita yang sudah dapat menerima status HIV dan AIDS nya akan kembali kedalam tahap berduka ketika mendapati infeksi oportunistik pertamanya. Menurut Kaplan,²⁷ faktor lain yang berhubungan dengan sampainya penderita pada tahap berduka dan *acceptance* ini adalah tahap perkembangan psikologis penderita itu sendiri. Penderita yang berada pada tahap perkembangan dewasa muda, yaitu mereka yang mampu bertahan hidup dan berusaha keras untuk mengembangkan karirnya, memiliki hubungan positif dengan orang sekitarnya dan keluarga, mempunyai pandangan bahwa kematian akan terjadi dengan segera di masa yang akan datang. Kegusaran dan kemarahan tersebut dapat dipahami jika dipandang dari sudut pandang penderita sebab penderita yang baru mulai melihat buah dari kerja kerasnya tiba-tiba saja telah melihat orang-orang di sekitarnya akan mati atau telah mati, bahkan penderita sendiri akan mati di masa yang akan datang karena HIV dan AIDS.

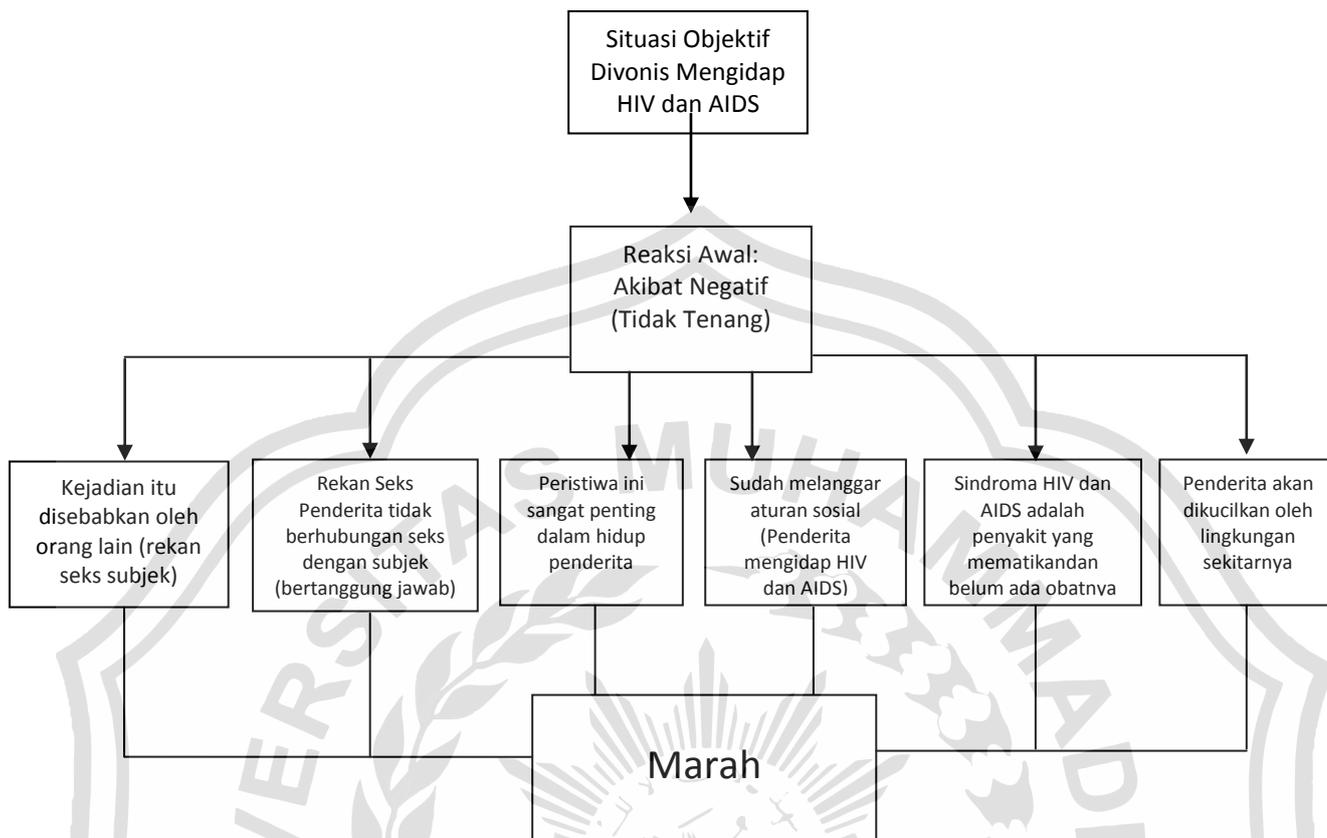
Sebuah model teoritis yang dikembangkan oleh Bernard Weiner²⁸ menunjukkan bahwa kemarahan pada penderita HIV dan AIDS dipengaruhi oleh serangkaian proses. Penderita menjadi marah jika mereka menghadapi pengalaman yang tidak menyenangkan (penderita divonis mengidap HIV dan AIDS) dan penderita mengkaitkan keadaan tersebut dengan suatu penyebab eksternal (sesuatu di luar diri mereka sendiri) dan bahwa vonis HIV dan AIDS tersebut disebabkan oleh pihak lain (pasangan seks) dan seharusnya pasangan seks tersebut dapat bertanggung jawab atas kejadian itu dan dapat mencegah agar penderita tidak terkena HIV dan AIDS.

Berikut ini adalah tabel analisis kognitif, penilaian dan atribusi yang menyebabkan kemarahan pada penderita yang terkena HIV dan AIDS.

²⁷Kaplan, *Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis Edisi Ketujuh Jilid Dua* (Jakarta: Binarupa Aksara, 1997), 237.

²⁸Berkowitz, L., *Agresi I Sebab dan Akibatnya*, (Jakarta: Pustaka Binaman Pressindo, 1995) 114

Bagan. I
Analisis Kognitif Rasa Marah yang dialami Penderita HIV dan AIDS



Setelah berjalannya waktu, tampak bahwa penderita dapat menderita keadaan dirinya bahwa dia sekarang mengidap HIV dan AIDS, penderita bersikap pasrah dan siap untuk dipanggil oleh Tuhan Yang Maha Esa, penderita merasa apa yang sudah dilakukannya sudah yang terbaik bagi dirinya maupun bagi lingkungan sekitarnya.

Menerima situasi seperti apa adanya dan menyadari bahwa tidak ada lagi yang dapat dilakukan untuk mengubahnya merupakan sebuah kemampuan untuk menerima. Keadaan ini tidaklah berarti bahwa penderita tidak lagi mampu untuk melakukan pemecahan masalah, melainkan merupakan sebuah keputusan dengan penuh kesadaran untuk menerima keadaan seperti apa adanya. Jika kematian tidak dapat lagi dihindari adalah penting untuk menerima situasi agar dapat melakukan pelepasan dan pengurangan stres.

Menurut pandangan Logoterapi yang dikembangkan oleh Fiktor Frankl,²⁹ proses penerimaan diri mengandung tiga komponen pengembangan diri, yaitu: 1) komponen kognitif atau pengalaman diri, yaitu mengenali secara obyektif kekuatan-kekuatan dan kelemahan diri sendiri, baik yang masih potensial maupun yang sudah aktual, dan selanjutnya kekuatan tersebut dikembangkan dan kelemahan dikurangi. 2) Komponen afeksi atau pendalaman dan penerapan tri nilai, berusaha untuk memahami dan memenuhi tiga macam nilai yang dianggap merupakan sumber makna hidup, meliputi nilai-nilai kreatif, nilai-nilai penghayatan, dan nilai-nilai bersikap. 3) komponen konatif atau bertindak positif, yaitu mencoba menerapkan dan melaksanakan dalam perilaku dan tindakan nyata sehari-hari yang dianggap baik dan bermanfaat.

Apabila dikaitkan dengan proses penerimaan diri dari Logoterapi, terlihat bahwa penderita yang memiliki penerimaan diri yang baik maka akan memiliki pemahaman bahwa untuk mampu menerima sindroma HIV dan AIDS yang dialaminya sekarang dan penderita dapat mengambil hikmah atas peristiwa (terkena HIV dan AIDS) yang mengenai dirinya, bahwa sesuatu yang ada di dunia ini semuanya sudah ditentukan oleh Tuhan Yang Maha Esa (komponen kognitif/pemahaman diri), pasrah dan sudah siap jika harus dipanggil-Nya (komponen afeksi/pendalaman dan penerapan tri nilai) dan melakukan aktivitas-aktivitas bermakna bagi dirinya dan lingkungannya seperti mengikuti kegiatan-kegiatan kemasyarakatan dan dukungan sosial sesama penderita HIV dan AIDS (komponen konatif/bertindak positif). Dengan komponen-komponen tersebut, penderita dapat menerima ketika HIV dan AIDS menyimpannya serta menjadikan hidup yang dilewatinya menjadi penuh makna.

Namun tidak jarang ditemukan bahwa terdapat penderita HIV dan AIDS yang meskipun mengalami gangguan psikologis seperti ketakutan dan kecemasan di awal diagnosa HIV, sering dering dengan penerimaan diri dan penyesuaian yang dilakukan, mereka dapat kembali merasakan kebahagiaan. Menurut Schimoff,³⁰ energi negatif yang dirasakan dapat membuat individu mempertanyakan menegai kualitas kehidupannya, karena mereka tidak ingin terus menerus berada dalam situasi negatif. Hal ini juga sejalan dengan pendapat Frank³¹ yang menyatakan bahwa individu memiliki kebebasan untuk memilih tindakan dalam situasi apapun dalam hidupnya, termasuk di dalamnya adalah kebebasan untuk menerima atau tidak menerima situasi.

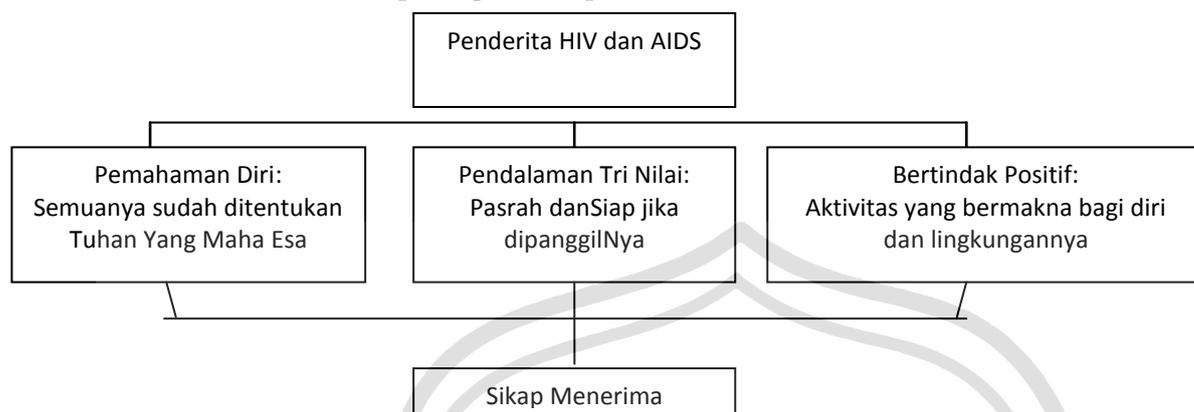
Berikut ini adalah garis besar analisis Logoterapi terhadap proses penerimaan diri penderita HIV dan AIDS terhadap sindroma yang dialaminya.

²⁹ Bastaman, *Integrasi Psikologi Agama dengan Islam Menuju Psikologi Islami*, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 1995) 128

³⁰ Schimoff, M. *7 Langkah Bahagia Labir dan Batin*, (Jakarta: PT Gramedia, 2008) 66.

³¹ Seligman, M. 2006. *Autentic Happiness*. Bandung. Mizan Media Utama. Hal 129

Bagan 2.
Analisis Logoterapi tentang Penerimaan Diri Penderita HIV dan AIDS



Salah satu komponen dari sikap penerimaan diri penderita terhadap HIV dan AIDS adalah dengan bersikap positif dengan melakukan aktivitas, kegiatan, perilaku atau tindakan nyata yang bermakna dan bermanfaat bagi diri penderita sendiri maupun lingkungan sekitarnya. Aktivitas atau kegiatan yang dilakukan tersebut merupakan salah satu upaya atau cara yang ditempuh oleh penderita agar depresi yang dialaminya dapat berkurang. Aktivitas atau kegiatan yang dilakukan oleh penderita untuk mengurangi depresinya tersebut bermacam-macam sesuai dengan minat dan kemampuan masing-masing penderita. Umumnya penanganan depresi dapat dilakukan melalui penanganan medis dan dapat pula dengan teknik non medis. Salah satu teknik non medis yang populer dan dapat dilakukan oleh penderita HIV dan AIDS secara aktif adalah melalui kelompok dukungan.

Ketika mengalami depresi, penderita akan menjerunkan diri dengan aktivitas atau kegiatan lapangan dengan membantu teman-teman senasib yang juga mengidap HIV dan AIDS. Dengan melakukan hal tersebut, penderita akan melupakan keadaan yang terjadi pada dirinya, dan penderita akan berbagi pengalaman dan perasaan kepada orang lain. Aktivitas atau kegiatan yang dilakukan tersebut dilakukan dengan rekan-rekan lain dalam sebuah tim.

Hal ini sejalan dengan pendapat Murni,³² menyatakan bahwa HIV dan AIDS akan memunculkan berbagai masalah pribadi dan pertanyaan yang sulit terjawab, seperti soal kesehatan, keuangan, kematian, perkawinan, seks, anak, dan lain-lain. Prasangka buruk dan diskriminasi dari orang lain dapat menimbulkan tekanan psikologis tersendiri. Karena berbagai alasan itu, banyak penderita HIV dan AIDS yang merasakan keinginan untuk kenal orang lain yang juga HIV positif atau AIDS. Ada keinginan untuk berbagai pengalaman, mengurangi rasa terkucil, dan mencari dukungan emosional. Banyak penderita HIV dan AIDS yang kemudian membentuk dan mengelola kelompok sendiri. Peranan utama kelompok dukungan tersebut adalah menciptakan suasana nyaman dan terjaga kerahasiaannya, sehingga penderita HIV dan AIDS mendapatkan kesempatan untuk berkenalan, bicara secara terbuka, didengarkan dan mendapatkan dukungan.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Li Li, dkk (2009)³³ menyatakan bahwa stigma dari masyarakat dapat menimbulkan rasa malu dari penderita HIV dan AIDS yang terkait dengan depresi atau dengan kata lain, kurangnya dukungan dari masyarakat dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya depresi pada penderita HIV dan AIDS. Kurangnya dukungan sosial juga membuat keputusan penderita HIV dan AIDS akan bertahan lama dan semakin parah.³⁴

³² Murni, *Kelompok Dukungan*, dalam Suzanna Murni dan Lusiana Aprilawati, (eds), *terapi Alternatif* (Jakarta: Spirita, 2003), 41

³³ Beta Kurnia Arriza, Endah Kumala Dewi, Dian Veronika Sakti Kaloeti. *Memahami Rekonstruksi Kebahagiaan Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)*, dalam *Jurnal Psikologi Undip*. Vol. 10. No 2, Oktober 2011.

³⁴ Gunawan, R, *Menjajakan HIV dan AIDS*. (Onlien), diunduh pada tanggal 5 September 2016 dari <http://aids-ina.org/modules.php?name=AvantGo>

Penutup

Setelah memperhatikan uraian dalam pembahasan sebelumnya, penulis akan menguraikan kesimpulan dan saran-saran yang sekiranya bermanfaat dalam menyikapi dinamika depresi pada penderita HIV dan AIDS.

Apabila ditinjau dari perspektif kognitif, maka penyebab depresi yang terjadi pada penderita HIV dan AIDS berasal dari pola pikir kognitif penderita yang menyimpang dari pola interpretasi yang logis atau salah menginterpretasikan sebuah peristiwa atau kejadian (HIV dan AIDS) dan hanya berfokus pada situasi-situasi negatif yang ada pada dirinya sendiri, serta harapan yang pesimis dan negatif terhadap masa depan.

Adanya kesalahan dalam pola berpikir penderita HIV dan AIDS tersebut akan memunculkan gejala-gejala depresi seperti pesimistis terhadap hidup yang akan dijalani, stres terhadap keadaan dirinya, cemas, takut mati, keinginan untuk mati, kritik diri, tidak bersemangat, cenderung menghindari pergaulan sosial, perasaan rendah diri, tidak mampu, tidak percaya diri, dan merasa tidak berani.

Respon yang ditampakkan oleh penderita ketika mengalami depresi adalah ketika pertama kali divonis mengidap HIV dan AIDS langsung mengalami penolakan dengan tidak mempercayai diagnosa yang ditegakkan (*denial*). Selanjutnya penderita mengalami respon kemarahan (*angry*) yang diwujudkan dengan perasaan marah, perilaku berisiko tinggi, frustrasi dan dilanjutkan dengan tahap depresi (*depression*) dengan tanda-tanda klinis seperti menarik diri, sedih, suasana hati muram, merasa bersalah, tidak berdaya, dan ide bunuh diri, dan akhirnya penderita dapat menerima dan menyesuaikan diri dengan keadaan yang terjadi pada dirinya (*acceptance*). Respon yang dimunculkan oleh penderita tersebut sangat dipengaruhi oleh perjalanan penyakit yang menyebabkan depresi itu sendiri (HIV dan AIDS) dan juga perkembangan psikologis dari penderita sendiri (dewasa muda).

Sedangkan upaya yang dapat dilakukan penderita HIV dan AIDS untuk mengurangi depresi yang dialaminya adalah dengan melakukan aktivitas-aktivitas membantu rekan-rekan penderita HIV dan AIDS yang juga mengalami apa yang dirasakan oleh penderita HIV dan AIDS. Kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh penderita tersebut merupakan tindakan nyata dari sikap penerimaan atau acceptance terhadap sindroma HIV dan AIDS yaitu melakukan aktivitas-aktivitas yang berguna bagi diri penderita maupun lingkungan sekitarnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Arriza, Beta Kurnia. Dewi, Endah Kumala. Kaloeti, Dian Veronika. Memahami Rekonstruksi Kebahagiaan Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). Dalam Jurnal Psikologi Undip Vol.10, No.2. Oktober 2011. 153-162.
- Bastaman. *Integrasi Psikologi Agama dengan Islam Menuju Psikologi Islami*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 1995.
- Berkowitz, L. *Agresi I Sebab dan Akibatnya*, Jakarta: Pustaka Binaman Pressindo, 1995.
- Bhrun, John G. *Aspek Sosial dan Psikologis dari AIDS*, Jakarta: EGC, 1997.
- Brannon, L & Jess, F. *Health Psychology An Introduction To Behavior and Health Fourth Edition*, USA: Wadsworth, 2000.
- De Clerq. *Tingkah Laku Abnormal dari Sudut Pandang Perkembangan*, Jakarta: Grassindo, 1994.
- Hadi. *Depresi & Solusinya*, Yogyakarta: Tugu, 2004.
- Hawari, Dadang. *Al Qur'an Ilmu Kedokteran Jiva dan Kesehatan Jiva*. Jakarta: Dana Bhakti Yasa, 1996.
- Hawari, Dadang. *Dimensi Religi dalam Praktek Psikiatri dan Psikologi*, Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2002.
- Hutapea, Ronald. *AIDS & PMS dan Perkosaan*, Jakarta: Rineka Cipta, 1995.
- Kaplan. *Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis Edisi Ketujuh Jilid Dua*, Jakarta: Binarupa Aksara, 1997.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2011-2016*, Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: 2011.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Perkembangan HIV/AIDS di Indoensia di akses di <http://sahivausu.blogspot.co.id/2016/06/laporan-perkembangan-hiv-aids-di.html>. Pada tanggal 7 September 2016.

Manurung, Yosua Hendriko. Maramis, Margarita. Triyono, Erwin. *The Depression Profile of People Living With HIV/AIDS (PLWHA) Receiving Antiretroviral Treatment In Dr. Soetomo Hospital Surabaya*. Folia Medica Indonesiana Vol. 50 No. 1 January - March 2014 : 6-9.

Mc Keon. *Menghadapi Depresi & Elasi*, Jakarta: Arcan, 1990.

Muninjaya, Gde. *AIDS di Indoensia: Masalah dan Kebijakan Penanggulangan di Indonesia*, Jakarta: EGC, 1999.

Niven. *Psikologi Kesehatan Pengantar Untuk Perawat & Profesional Kesehatan Lain*, Jakarta: EGC, 2000.

Oemarjoedi, Cassandra. *Pendekatan Cognitive Behavior Dalam Psikoterapi*, Jakarta: Kreatif Media, 2003.

Schimoff, M. *7 Langkah Bahagia Labir dan Batin*, Jakarta: PT Gramedia, 2008.

Seligman, M. *Autentic Happiness*. Bandung: Mizan Media Utama, 2006.

Vrisaba, R. *Kiat Menangkal AIDS*, Bandung: Pionir Jaya, 2001)

WHO. *Leksikon Istilah Kesehatan Jiwa dan Psikiatri*, Jakarta: EGC, 2003.

Widjijati, Dyah Wahyuningsih. Fitriyani, Aris. "Acceptance And Comitment Therapy (ACT) Aplication Toward Self Acceptance and Comitment to Prevent the Transmission of HIV/AIDS" dalam Jurnal Link. Vol. 10 1 Januari 2014.

Yaunint, Yaslinda. Hidayat, Nurul Maulidya. Kejadian Gangguan Depresi Pada Penderita HIV/AIDS yang Mengunjungi Poli VCT RSUP Dr. M Djamil Padang Periode Januari – September 2013, *Jurnal Kesehatan Andalas* 2014;3(2) 244-247.



DINAMIKA DEPRESI PADA PENDERITA AIDS¹

Imaduddin Parhani

Fakultas Ushuluddin dan Humaniora
IAIN Antasari Banjarmasin

Diterima tanggal 3 Oktober 2016 / Disetujui 7 Oktober 2016

Abstract

Depression is a major mental health problem today. This is very important because people with depression productivity will decrease and this is very bad for a society and a country that is building. There are at least four chronic diseases that allow the depression sufferer, one of which is HIV and AIDS. Given the uncertainty over the fate of people living with HIV and AIDS had the potential to give rise to feelings of anxiety and depression. Someone who is infected with HIV and AIDS will be overcome by a feeling of dying, guilt about the behavior that makes infection, and taste sequestered by others. The cause of depression in people with HIV and AIDS by cognitive approach that is the mindset of people who deviate from the pattern of the logical interpretation or misinterprets an event or events, focusing on the negative situations that happened to him, and hope that pessimistic and negative about the future. Symptoms are raised is their depressed mood, decreased interest or pleasure in absolute terms, average of worthlessness or excessive guilt, thoughts of death. Response or reaction that occurs is refused, angry, and depressed when he learned he was infected with HIV and AIDS, and eventually be able to accept his situation. Efforts are being made to reduce depression are manifold. One is through social support to colleagues who also have HIV and AIDS.

Kata kunci: Dinamika, Depresi, HIV dan AIDS, *Cognitive Approach*

Pendahuluan

Depresi merupakan penyakit mental tertua yang dicatat. Hal ini dapat dilihat dalam al-Quran surat al-Baqarah ayat 112 yang artinya: “(tidak demikian) bahkan barangsiapa yang menyerahkan diri kepada Allah, sedang ia berbuat kebajikan, maka baginya pahala pada sisi Tuhannya dan tidak ada kekhawatiran terhadap mereka dan tidak (pula) mereka bersedih hati”. Selama berabad-abad, dari para terdidik muncul catatan tentang suasana hati yang tidak dapat dijelaskan yang bervariasi dari keputusan dan kebahagiaan yang berkepanjangan. Beberapa orang yang mengakui kesedihan mereka sebagai penyakit kelihatannya menerima hal ini sebagai bagian dari kondisi manusia sementara untuk yang lain berlangsung tanpa di kenali atau keliru didiagnosis.²³

Dalam istilah awam, depresi berarti kemurungan, patah semangat, atau kesedihan yang bisa jadi menandakan adanya gangguan kesehatan. Dalam medis, istilah ini merujuk ada kondisi mental yang didominasi oleh penurunan mood dan sering disertai oleh berbagai gejala penyerta, terutama kecemasan, agitasi, perasaan diri tidak berharga, ide bunuh diri, hipobulia, retardasi psikomotor, berbagai gejala somatik, dan disfungsi fisiologik (misal insomnia serta berbagai keluhan).⁴

Sebuah proyek yang berjudul *Global Burden of Disease* yang disponsori oleh WHO menyatakan bahwa gangguan jiwa depresi menempati urutan ke-4 sebagai penyebab ketidakmampuan (*disability*) seseorang dalam menjalankan fungsi kehidupannya sehari-hari. Bahkan diramalkan ada tahun 2020 depresi akan menempati urutan ke-2 dari penyebab disabilitas.⁵

Depresi menjadi penyebab utama dari tindakan bunuh diri, dan tindakan bunuh diri tersebut menduduki urutan ke enam dari penyebab utama kematian di Amerika Serikat. WHO memperkirakan angka kejadian depresi pada populasi dunia adalah 3 persen. Sortorius menaksir ada sekitar 100 juta penduduk dunia

¹Tulisan ini merupakan skripsi pada Strata S1 Universitas Muhammadiyah Malang tahun 2006. Dengan Pembimbing pertama adalah Dra. Diah Karmiyati, M.Si dan pembimbing kedua adalah Dra. Cahyaning Suryaningrum, M.Si.

²Dadang Hawari, *Al-Qur'an, Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa* (Jakarta: Dana Bhakti Prima Yasa, 1996), 54.

³Mc Keon, *Menghadapi Depresi & Elasi* (Jakarta: Arcan, 1990), 1.

⁴WHO. *Leksikon Istilah Kesehatan Jiwa dan Psikiatri* (Jakarta: EGC, 2003), 50.

⁵ Dadang. Hawari, *Dimensi Religi dalam Praktek Psikiatri dan Psikologi* (Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2002), 122.

mengalami depresi. Sekitar dua pertiga penderita depresi mengalami pikiran akan bunuh diri dan sekitar 10-15 persen melakukan bunuh diri⁶

Angka-angka tersebut akan terus bertambah untuk masa-masa yang akan datang dikarenakan oleh sejumlah faktor, antara lain semakin bertambahnya usia harapan hidup, semakin beratnya stressor psikososial, kehidupan beragama yang semakin ditinggalkan, dan semakin bertambahnya berbagai penyakit kronik⁷ Setidaknya terdapat empat penyakit kronik yang memungkinkan terjadinya depresi pada penderitanya, yaitu: penyakit jantung koroner, diabetes melitus, kanker, dan HIV dan AIDS⁸.

Dalam bahasa medis, AIDS diartikan sebagai *Acquired Immune Deficiency Syndrome* atau kumpulan berbagai penyakit yang timbul karena menurunnya sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS disebabkan oleh HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) atau virus yang menyerang sistem kekebalan manusia.⁹ AIDS merupakan suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh retrovirus yaitu *human immunodeficiency virus* (HIV). Virus ini disebarkan melalui kontak dengan cairan tubuh (semen, darah, dan air susu ibu), dari orang yang menderita HIV melalui jalur seksual maupun aseptik. HIV menginfeksi dan menekan limfosit T4 (sel penginduksi-pembantu). Berbagai gangguan neuropsikiatrik yang terkait HIV disebabkan oleh kerja neuritropik virus secara langsung. Manifestasi AIDS itu sendiri dapat berupa satu atau beberapa indikator penyakit seperti sarkoma kaposi, limfoma, SSP primer, meningitis, hepatitis, dan tuberkulosis¹⁰.

Orang tua yang kurang menyadari apa penyebab dari tingkah laku anak mereka. Orang tua lebih melempar tanggungjawab pembinaan anak sepenuhnya kepada pihak sekolah. Padahal penanaman karakter pada diri anak bukan hanya tanggung jawab guru di sekolah, artinya tidak harus melalui jalur pendidikan formal. Namun orang tua sebagai pemilik anak yang sesungguhnya memiliki tanggung jawab yang sangat besar dan utama dalam hal ini. Banyak kasus kenakalan yang dilakukan oleh anak lebih banyak disebabkan. Di Indonesia, infeksi HIV adalah merupakan masalah kesehatan yang memerlukan perhatian sejumlah pihak. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, pada akhir bulan Maret 2015 tercatat kumulatif 234.185 kasus HIV dan AIDS yang sudah ditemukan dan dilaporkan sejak pertama kali ditemukan pada tahun 1987. Dengan rincian sebesar 167.350 kasus HIV dan 66.835 kasus AIDS.¹¹ Diyakini jumlah tersebut jauh lebih rendah daripada keadaan yang sebenarnya. Diduga jumlah kasus HIV dan AIDS di Indonesia pada tahun 2015 adalah sebesar 759.691 kasus¹²

Menurut Green dan Setyowati, selain dapat mengakibatkan kematian, HIV dan AIDS juga memunculkan berbagai masalah psikologis seperti ketakutan, keputusan yang disertai dengan prasangka buruk dan diskriminasi dari orang lain, yang kemudian dapat menimbulkan ketakutan psikologis.¹³ Salah satu jenis tekanan psikologis utama yang sering terjadi pada penderita AIDS adalah depresi dengan gejala adanya perasaan sedih, putus asa, tidak berdaya, merasa rendah diri, merasa bersalah, merasa tidak berharga, keinginan untuk bunuh diri di saat penyakit semakin memberat seringkali terlintas pada sebagian penderita terutama mereka yang melihat kematian temannya yang disebabkan oleh AIDS, menarik diri dari pergaulan, memberikan ekspresi “pasrah”, sulit tidur, dan hilangnya nafsu makan.¹⁴

⁶Yaslinda Yaunint, Rudi A Priant, dan Nurul Maulidya Hidayat, “Kejadian Gangguan Depresi Pada Penderita HIV/AIDS yang Mengunjungi Poli VCT RSUP Dr. M Djamil Padang Periode Januari – September 2013”, dalam *Jurnal Kesehatan Andalas* 2014;3(2), 244-247.

⁷Dadang Hawari, *Al-Qur'an, Ilmu Kedokteran Jiva dan Kesehatan Jiva* (Jakarta: Dana Bhakti Prima Yasa, 1996), 56.

⁸Brannon, L & Jess, F, *Health Psychology An Introduction To Behavior and Health Fourth Edition* (USA: Wadsworth, 2000).

⁹Vrisaba, R, *Kiat Menangkal AIDS* (Bandung: Pionir Jaya, 2001), 29.

¹⁰WHO. *Leksikon Istilah Kesehatan Jiva dan Psikiatri* (Jakarta: EGC, 2003), 9.

¹¹Laporan Perkembangan HIV/AIDS di Indoensia di akses di <http://sahivausu.blogspot.co.id/2016/06/laporan-perkembangan-hiv-aids-di.html>. Pada tanggal 7 September 2016.

¹²Kementerian Kesehatan Republik Indoensia, *Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2011-2016* (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011), vii.

¹³Beta Kurnia Arriza, Endah Kumala Dewi, Dian Veronika Kaloeti, “Memahami Rekonstruksi Kebahagiaan Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)”, dalam *Jurnal Psikologi Undip* Vol.10, No.2. Oktober 2011. 153-162.

¹⁴John G Bhrun, *Aspek Sosial dan Psikologis dari AIDS* (Jakarta: EGC, 1997) 227.

Muma, Lynons, dan Pollard¹⁵ menyatakan bahwa tekanan psikologis utama pada penderita HIV dan AIDS antara lain berupa kecemasan karena rasa tidak pasti tentang penyakit yang dideritanya, depresi, merasa sedih, rendah diri, berkeinginan bunuh diri, merasa terisolasi dan berkurangnya dukungan sosial, merasa ditolak oleh keluarga dan orang lain, dan merasa marah pada diri sendiri dan orang lain, merasa takut bila ada orang lain yang mengetahui penyakit yang dideritanya, merasa khawatir dengan biaya perawatan, merasa malu dengan adanya stigma dan penyangkalan terhadap riwayat penggunaan obat-obatan terlarang.

Menurut Kalichman¹⁶ sebanyak satu dari empat penderita HIV dan AIDS berusia lebih dari 45 tahun pasti memiliki pikiran untuk bunuh diri karena sakit yang dideritanya. Pikiran bunuh diri ini disebabkan oleh depresi yang mereka alami. Di samping itu, adanya ketidakpastian akan nasib penderita HIV dan potensi untuk menderita AIDS menimbulkan perasaan cemas dan depresi. Orang yang sudah terkena HIV dan AIDS akan dihindari perasaan menjelang maut, rasa bersalah akan perilaku yang membuatnya terkena infeksi, dan rasa bersalah akan perilaku yang membuatnya terkena infeksi, dan rasa diasingkan oleh orang lain. Stres ini akan turut melemahkan sistem imun yang sudah dilumpuhkan oleh HIV sebelumnya. Banyak orang yang tertular HIV dan AIDS juga ditinggalkan oleh teman atau pasangan mereka. Depresi berkepanjangan ini akan turut melemahkan sistem imun penderita sendiri.¹⁷

Dengan melihat kerangka berpikir di atas, maka di sinilah pentingnya pembahasan dinamika depresi pada penderita HIV dan AIDS ditinjau dari perspektif teori kognitif yang berfokus pada faktor-faktor penyebab depresi, gejala-gejala depresi, respon atau reaksi penderita HIV AIDS yang mengalami depresi dan upaya yang dilakukan penderita HIV dan AIDS terhadap depresi yang dialaminya.

Pendekatan Teori Kognitif

Pendekatan teori kognitif beranggapan bahwa depresi neurosa terjadi sebagai akibat adanya *negative cognition set* (konstelasi depresi) sebagai suatu predisposisi dalam pemunculan depresi pada individu, sehingga menimbulkan *self esteem* (penghargaan diri) yang rendah yang mengakibatkan timbulnya anggapan yang salah, pesimis dalam menghadapi permasalahan dalam hidupnya. Keadaan ini membuat individu memiliki harapan yang sangat terbatas terhadap kehidupan masa depannya. Jelas sekali bahwa teori ini melibatkan terjadinya depresi terutama sebagai gangguan dalam proses berpikir dan bukan sebagai gangguan kehidupan perasaan emosi. Gangguan dalam proses berpikir (kognisi) ini berupa distorsi dalam mengkonseptualisasikan stimulus dan adanya disfungsi skema/*belief*.

Arron T. Beck telah menawarkan penjelasan yang komprehensif mengenai depresi dari sudut pandang kognitif, yang disebut dengan model kognitif depresi. Model kognitif depresi Beck terdiri dari tiga konsep utama, yaitu:¹⁸

1. Pandangan negatif tentang diri sendiri
Keyakinan diri bahwa penderita merasa tidak berharga, rusak, tidak mampu dan tidak diharapkan. Seorang individu yang mengalami depresi akan menginterpretasikan kejadian negatif disebabkan kegagalan dan ketidakmampuan diri.
2. Pandangan negatif tentang dunia
Menganggap dunia dan lingkungannya sebagai tidak peka, membuat frustrasi, dan banyak memuntut. Seorang individu yang depresi akan melihat dunia secara pesimis dan sinis.
3. Pandangan negatif tentang masa depan
Menganggap masa depan sebagai sia-sia dan menyakini bahwa kejadian negatif akan terus terjadi. Seorang individu yang mengalami depresi percaya bahwa ia tidak berdaya dan tidak memiliki kekuatan untuk memperbaiki keadaan atau masa depannya.

Menurut Beck yang dikutip oleh Rehm dan Carter (1990),¹⁹ depresi merupakan gangguan pemikiran, dan bukan gangguan afeksi. Gejala-gejala afektif, motivasi, dan perilaku disebabkan oleh pemikiran negatif

¹⁵Widijati, Dyah Wahyuningsih, Aris Fitriyani, "Acceptance And Commitment Therapy (ACT) Application Toward Self Acceptance and Commitment to Prevent the Transmission of HIV/AIDS" dalam jurnal *Link*. Vol. 10 1 Januari 2014.

¹⁶Yosua Hendriko Manurung, Margarita Maria Maramis, Erwin Astha Triyono. The Depression Profile of People Living With HIV/AIDS (PLWHA) Receiving Antiretroviral Treatment In Dr. Soetomo Hospital Surabaya. *Folia Medica Indonesiana* Vol. 50 No. 1 January - March 2014 : 6-9.

¹⁷Ronald Hutapea, *AIDS & PMS dan Perkosaan* (Jakarta: Rineka Cipta, 1995), 55.

¹⁸Kassandra Oemarjoedi, *Pendekatan Cognitive Behavior Dalam Psikoterapi* (Jakarta: Kreatif Media, 2003.), 8.

¹⁹De Clerq, *Tingkah Laku Abnormal dari Sudut Pandang Perkembangan* (Jakarta: Grassindo, 1994), 117.

orang depresif tersebut. Dengan kata lain, depresi secara pokok dilihat sebagai penyimpangan atau gangguan dari proses berpikir, yang disebut sebagai *cognition distortion*. *Cognition distortion* adalah kecenderungan salah mengerti atau penyimpangan kejadian-kejadian penting di dalam cara yang negatif.

Berikut ini sejumlah bentuk *cognition distortion* atau distorsi-distorsi kognitif yang sering ditemukan pada penderita depresi:²⁰

1. Abstraksi selektif; kecenderungan untuk menarik kesimpulan berdasarkan perincian atau peristiwa yang terjadi dengan sendiri.
2. Generalisasi yang berlebihan (*overgeneralisasi*); kecenderungan untuk menganut keyakinan-keyakinan ekstrim yang didasarkan pada peristiwa tertentu, dan menerapkannya pada situasi yang berbeda.
3. Kesimpulan arbitrer (*arbitrary inference*); membuat kesimpulan dari tidak adanya bukti yang relevan.
4. Personalisasi (*personalization*); kecenderungan untuk menghubungkan semua peristiwa dengan diri sendiri, bahkan bila tidak ada hubungan sama sekali.
5. Berpikir dalam dikotomi (*polarized thinking*); kecenderungan untuk berpikir dengan cara semua – atau-tidak sama (*all – or – nothing*) secara ekstrim atau secara hitam putih.
6. *Magnification/exaggeration* (membesar-besarkan/berlebihan); pemikiran yang berlebihan mengenai signifikansi peristiwa negatif, membesar-besarkan kegagalan dan mengurangi sukses, terlalu memandang tinggi keterbatasan diri dan persoalan-persoalan, memandang rendah kemampuan sendiri.

Metode Penelitian

Subjek penelitian adalah 1 (satu) orang Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) dengan fokus kepada dinamika depresi pada penderita HIV dan AIDS yang meliputi faktor-faktor penyebab depresi, gejala-gejala depresi, respon atau reaksi penderita HIV AIDS yang mengalami depresi, dan upaya yang dilakukan penderita HIV dan AIDS terhadap depresi yang dialaminya.

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan jenis rancangan studi kasus tunggal dengan pendekatan kognitif. Data tentang depresi pada penderita HIV dan AIDS diungkap dengan menggunakan wawancara secara mendalam. Metode wawancara yang digunakan adalah menggunakan wawancara semi terstruktur. Penggunaan metode wawancara semi terstruktur dalam penelitian ini pewawancara telah menyediakan point-point pertanyaan atau informasi yang dibutuhkan, selanjutnya bagaimana teknik bertanya dan cara mencatat jawaban sepenuhnya diserahkan kepada keluwesan pewawancara, kesediaan yang diwawancarai, serta situasi dan kondisi yang ada.

Selain menggunakan wawancara, penelitian ini juga menggunakan metode observasi sistematis sebagai tambahan data-data atau informasi yang sebenarnya mengenai perilaku penderita HIV dan AIDS dalam hubungannya dengan depresi yang dialaminya, guna melengkapi data-data yang sudah ada, sesuai dengan point-point masalah yang telah dirumuskan, yang mungkin tidak berhasil diungkap lewat metode wawancara atau tes.

Sebagai pelengkap dari penelitian yang dilakukan, tes psikologi juga diberikan kepada penderita HIV dan AIDS ada 2 (dua) macam. Tes psikologi yang diberikan pertama adalah tes proyektif (tes grafis) yang bertujuan untuk menggambarkan proyeksi diri penderita HIV dan AIDS yang meliputi respon-respon depresif penderita HIV dan AIDS serta gejala-gejala yang ditampakkan oleh penderita HIV dan AIDS terhadap depresi yang dialaminya. Tes psikologi kedua yang diberikan adalah tes inventori (MMPI atau *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* dan BDI atau *Beck Depression Inventory*). Tes inventori digunakan untuk menggambarkan keadaan diri penderita HIV dan AIDS, khususnya gejala-gejala depresi penderita HIV dan AIDS (karakteristik individu, motivasi, pikiran, perasaan, dan tingkah laku yang dimunculkan penderita HIV dan AIDS).

Hasil dan Pembahasan

Pada dasarnya tiap individu akan menghadapi berbagai macam masalah dan tekanan-tekanan yang menyertai dalam setiap kehidupannya dan setiap individu yang menghadapi berbagai macam masalah dan tekanan tersebut akan mempunyai penyebab, gejala, respon, dan upaya yang berbeda-beda. Demikian pula dengan halnya dengan penderita HIV dan AIDS yang mengalami depresi, mereka mempunyai dinamika depresi yang berbeda pula. Dalam hal ini akan dibahas berdasarkan hasil observasi, wawancara, dan hasil tes psikologis, serta berlandaskan pada teori kognitif.

²⁰De Clerq, *Tingkah Laku Abnormal dari Sudut Pandang Perkembangan* (Jakarta: Grassindo, 1994), 117.

Apabila ditinjau dari pendekatan teori kognitif yang dikembangkan oleh Aaron Beck maka penyebab depresi yang dialami oleh penderita HIV dan AIDS dapat dijelaskan dalam tiga konsep utama, yaitu.²¹

Konsep yang pertama adalah terhadap dunia. Penderita HIV dan AIDS dengan keadaannya sekarang memandang dunia dan lingkungan sekitarnya, khususnya keluarganya sendiri sebagai kelompok seseorang yang tidak peka, membuat frustrasi dan banyak menuntut banyak hal kepada penderita. Hal ini menyebabkan penderita merasa dikalahkan, dirugikan, dihina, dan memandang pesimis dan sinis terhadap dunia sekitarnya.

Konsep kedua adalah terhadap diri sendiri. Penderita HIV dan AIDS dengan keadaannya sekarang ini menganggap dirinya tidak baik lagi, tidak layak hidup lagi, dan tidak lagi diharapkan kehadirannya karena HIV dan AIDS yang diidapnya sekarang.

Konsep ketiga adalah terhadap masa depan. Penderita HIV dan AIDS dengan keadaannya sekarang menganggap bahwa masa depannya akan sia-sia dan menyakini bahwa kejadian-kejadian buruk, kesukaran, rasa frustrasi, dan susah akan terus terjadi pada dirinya. Penderita HIV dan AIDS percaya bahwa ia tidak berdaya dan tidak memiliki kekuatan untuk memperbaiki keadaan yang dialaminya dan juga masa depannya sendiri.

Berdasarkan hal tersebut, sebenarnya pola pikir penderita HIV dan AIDS dianggap menyimpang dari pola interpretasi logis atau salah menginterpretasikan sebuah fakta, juga dianggap terfokus pada aspek situasi yang negatif, serta harapan yang pesimistis dan putus asa terhadap masa depannya sendiri. Dengan kata lain, depresi yang dialami oleh penderita HIV dan AIDS dipandang sebagai sebagai penyimpangan atau gangguan dari proses berpikir, yang disebut sebagai “*cognitive distortion*”²².

Berikut ini sejumlah bentuk “*cognitive distortion*” atau distorsi-distorsi kognitif yang ditemukan pada penderita HIV dan AIDS yang mengalami depresi, yaitu:

1. Abstraksi selektif, kecenderungan untuk menarik kesimpulan berdasarkan perincian atau peristiwa yang terjadi dengan sendirinya. Ketika individu terkena HIV dan AIDS, maka hal negatif yang muncul dalam pikiran penderita adalah bahwa dirinya adalah orang yang benar-benar tidak berharga, dan orang yang tidak baik dan jelek.
2. Generalisasi yang berlebihan (*overgeneralisasi*); kecenderungan untuk menganut keyakinan-keyakinan ekstrim yang didasarkan pada peristiwa tertentu, dan menerapkannya pada situasi yang berbeda. Penderita yang mengidap HIV dan AIDS mengalami masalah dengan kondisi fisiknya dan menyimpulkan bahwa dia juga akan mengalami masalah dengan kondisi-kondisi yang lainnya, misalnya komunikasi atau kontak sosial dengan orang-orang lain di sekitarnya.
3. Personalisasi (*personalization*); kecenderungan untuk menghubungkan semua peristiwa dengan diri sendiri, bahkan bila tidak ada hubungan sama sekali. Penderita HIV dan AIDS merasa orang lain tidak suka kepada dirinya, karena penderita merasa tidak berharga dan tidak diperhatikan lagi.
4. Berpikir dalam dikotomi (*polarized thinking*); kecenderungan untuk berpikir dengan cara semua atau tidak sama sekali (*all – or – nothing*), secara ekstrim atau secara hitam putih. Penderita HIV dan AIDS memandang hanya ada dua jenis orang yaitu berharga dan tidak berharga, dan penderita HIV dan AIDS merasa adalah orang yang tidak berharga, gagal, dan berdosa.
5. *Magnification/exaggeration* (membesar-besarkan/berlebihan); pemikiran yang berlebihan mengenai signifikansi peristiwa negatif, memperbesar kegagalan dan mengurangi sukses terlalu memandang tinggi keterbatasan diri dan persoalan-persoalan, memandang rendah kemampuan sendiri. Tampak penderita HIV dan AIDS yang diidapnya sebagai bentuk kegagalan yang terbesar dalam hidupnya, dan ini akan berarti kematian bagi penderita HIV dan AIDS. Orang tua penderita HIV dan AIDS ketika mengetahui itu akan memarahi penderita dan tidak akan memaafkan penderita.

Gejala-gejala yang ditampakkan oleh penderita HIV dan AIDS yang mengalami depresi akan sangat beragam dan berbeda antara satu dengan yang lainnya. Gejala-gejala tersebut dipengaruhi oleh penyebab dan faktor pencetus dari terjadinya depresi.

Adanya kesalahan dalam pola berpikir penderita HIV dan AIDS dalam menginterpretasikan sebuah fakta atau keadaan dirinya sekarang dan hanya berfokus pada aspek-aspek negatif dari diri sendiri, harapan-harapan yang pesimistis dan putus asa terhadap masa depannya sendiri tersebut akan memunculkan gejala-gejala depresi seperti pesimistis terhadap hidup yang akan dijalani, stres terhadap keadaan dirinya, cemas, takut mati, keinginan kuat untuk mati, mengkritik diri, tidak bersemangat dalam menyelesaikan tugas,

²¹Kassandra Oemarjoedi, *Pendekatan Cognitive Behavior Dalam Psikoterapi* (Jakarta: Kreatif Media, 2003), 8.

²²De Clerq, *Tingkah Laku Abnormal dari Sudut Pandang Perkembangan* (Jakarta: Grassindo, 1994), 116.

cenderung menghindari pergaulan sosial, perasaan rendah diri, merasa tidak mampu, tidak percaya diri, dan merasa tidak berani.

Gejala yang dimunculkan penderita HIV dan AIDS tersebut sudah sejalan dengan kriteria diagnostik DSM IV yang harus muncul pada individu untuk menegakkan diagnosa depresi. Kriteria diagnostik tersebut, yaitu mood depresi atau suasana depresi yang depresif, menurunnya minat atau kesenangan, rasa tidak berharga atau bersalah berlebihan dan pikiran akan kematian.²³

Menurut Hawari depresi adalah salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (afektif, mood) yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketidadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa, berat badan menurun, perasaan bersalah, konsentrasi dan daya ingat yang menurun.

Gejala-gejala depresi tersebut didapat pertama kali ketika penderita dinyatakan mengidap HIV dan AIDS. Dalam kenyataannya, tidaklah mudah membedakan antara gejala penyakit fisik karena HIV dan AIDS dengan depresi murni. Terkadang bisa saja gejala-gejala yang muncul adalah sama, sehingga tidak mudah membedakan mana gejala yang murni depresi dan mana yang diakibatkan penyakit fisik. Menurut Bastaman²⁴ untuk memudahkan mengenali depresi maka hal yang bisa dilihat antara lain keluhan yang dikemukakan penderita sangat berlebihan, sehingga tidak sesuai dengan penyakit fisiknya, hasil pemberian obat yang untuk penyakit fisik hasilnya tidak memuaskan, dan keluhan yang dikemukakan penderita tidak spesifik atau berpindah-pindah tempat keluhannya. Kalau demikian adanya, maka diagnosa depresi dapat ditegakkan.

Respon-respon yang ditampilkan oleh penderita HIV dan AIDS yang mengalami depresi akan sangat beragam. Setiap penderita akan berbeda-beda dalam meresponnya. Respon tersebut sangat dipengaruhi oleh perjalanan penyakit HIV dan AIDS itu sendiri dan perkembangan psikologis dari penderita.

Ketika pertama kali di vonis petugas kesehatan terkena HIV, penderita merasa tidak percaya, di dalam diri penderita muncul pertanyaan mengapa harus dirinya yang terkena, dan kenapa tidak orang lain saja yang terkena. Penderita merasa diisolasi oleh lingkungan sekitarnya dan keluarganya sendiri serta penderita HIV dan AIDS menganggap bahwa HIV yang di deritanya tersebut sebagai sebuah hukuman dari perbuatan yang telah dilakukannya di masa yang lampau.

Setelah berjalannya waktu, penderita HIV dan AIDS mulai dapat menerima kenyataan yang terjadi pada dirinya sebagai suatu yang benar-benar terjadi. Penderita HIV dan AIDS mulai pasrah dan sudah siap jika harus dipanggil-Nya karena penderita menganggap dirinya sudah berusaha yang terbaik dan memandang kejadian yang menimpanya ini pasti sudah ditakdirkan oleh-Nya. Meskipun proses penerimaan ini sudah terjadi namun gejala-gejala depresi masih tetap ada di dalam diri penderita HIV dan AIDS.

Muninjaya²⁵ menjelaskan bahwa tekanan batin atau beban psikologis yang disandang penderita HIV dan AIDS mungkin akan menimbulkan dua reaksi pada diri penderita HIV dan AIDS. Penderita HIV dan AIDS mungkin akan pasrah, bertobat atau menerimanya sebagai sebuah cobaan hidup sambil berharap akan datangnya belas kasihan orang lain dalam bentuk bantuan sosial kemanusiaan. Atau sebaliknya yaitu akan tumbuh sikap negatif, baik terhadap diri sendiri maupun terhadap masyarakat disekitarnya. Sikap negatif terhadap diri sendiri misalnya penderita HIV dan AIDS mungkin akan mencoba bunuh diri dan kalau ini jadi pilihannya maka rantai penularan HIV dan AIDS akan terputus. Namun kalau penderita HIV dan AIDS memilih sikap negatif terhadap masyarakat di sekitarnya dengan sengaja menularkan kembali virus HIV kepada orang lain, akan bertambah beratlah masalah HIV dan AIDS di masyarakat. Dapat dibayangkan akibatnya jika virus HIV menyebar menginfeksi tidak hanya satu atau dua orang tapi ratusan bahkan ribuan orang.

Menurut teori yang dikembangkan oleh Dr. Elizabeth Kubler-Ross,²⁶ secara umum terdapat 5 (lima) tahap atau reaksi yang akan dilewati oleh penderita HIV dan AIDS dalam menjalani hidupnya bersama HIV

²³Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental (DSM) adalah klasifikasi standar gangguan mental yang digunakan oleh profesional kesehatan mental termasuk psikiater dan dokter lainnya, psikolog, pekerja sosial, perawat, terapis okupasi dan rehabilitasi, dan konselor. Ini juga merupakan alat yang diperlukan untuk mengumpulkan dan mengkomunikasikan data statistik yang akurat kesehatan masyarakat. Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental (DSM) diterbitkan oleh American Psychiatric Association dan menyediakan bahasa yang sama dan kriteria standar untuk klasifikasi gangguan mental. Ada lima revisi sejak pertama kali diterbitkan pada tahun 1952, secara bertahap termasuk gangguan lebih mental, meskipun beberapa telah dihapus dan tidak lagi dianggap gangguan mental

²⁴Hadi, *Depresi & Solusinya* (Yogyakarta: Tugu, 2004), 35.

²⁵Gde. Muninjaya, *AIDS di Indoensia: Masalah dan Kebijakan Penanggulangan di Indonesia* (Jakarta: EGC, 1999), 99.

²⁶Niven, *Psikologi Kesehatan Pengantar Untuk Perawat & Profesional Kesehatan Lain* (Jakarta: EGC, 2000), 176.

dan AIDS, yaitu (1) Tahap *denial*, dengan mengingkari kematian dengan mengisolasi perasaan yang berhubungan dengan kematian. (2) Tahap *angry*, dengan melakukan kemarahan yang ditujukan pada kenyataan bahwa dirinyalah yang harus meninggal sedangkan orang lain tidak meninggal. (3) Tahap *bargaining*, dengan berusaha menawar untuk mendapatkan pengobatan dan mencoba untuk menunda hal-hal yang tidak terelakkan. (4) Tahap *depression*, dengan bereaksi terhadap berbagai macam kehilangan, persiapan emosional untuk perpisahan. (5) Tahap *acceptance*, dengan mampu menerima kenyataan tentang kematiannya dan berusaha menyesuaikan diri terhadap kehilangan dan kematian.

Apabila dideskripsikan tentang respon penderita HIV dan AIDS, maka tergambar bahwa ketika pertama kali divonis mengidap HIV dan AIDS penderita langsung mengalami penolakan dengan tidak mempercayai diagnosa yang ditegakkan (*denial*). Selanjutnya penderita mengalami kemarahan (*angry*) yang diwujudkan dengan perasaan marah terhadap orang lain dan diri sendiri serta frustrasi dan dilanjutkan dengan depresi (*depression*) dengan tanda-tanda klinis seperti menarik diri, sedih, suasana hati muram, merasa bersalah, tidak berdaya, dan ide bunuh diri. Dan setelah menjalani proses pengobatan dan dukungan akhirnya penderita dapat menerima dan menyesuaikan diri dengan keadaan yang terjadi pada dirinya sebagai sebuah kenyataan hidup yang harus dijalani (*acceptance*).

Bukan berarti bahwa semua penderita akan mengalami semua tahapan reaksi ini dan bukan berarti juga tahapan tersebut terjadi secara berurutan. Dalam kenyataannya, tidak jarang seorang penderita yang sudah dapat menerima status HIV dan AIDS nya akan kembali kedalam tahap berduka ketika mendapati infeksi oportunistik pertamanya. Menurut Kaplan,²⁷ faktor lain yang berhubungan dengan sampainya penderita pada tahap berduka dan *acceptance* ini adalah tahap perkembangan psikologis penderita itu sendiri. Penderita yang berada pada tahap perkembangan dewasa muda, yaitu mereka yang mampu bertahan hidup dan berusaha keras untuk mengembangkan karirnya, memiliki hubungan positif dengan orang sekitarnya dan keluarga, mempunyai pandangan bahwa kematian akan terjadi dengan segera di masa yang akan datang. Kegusaran dan kemarahan tersebut dapat dipahami jika dipandang dari sudut pandang penderita sebab penderita yang baru mulai melihat buah dari kerja kerasnya tiba-tiba saja telah melihat orang-orang di sekitarnya akan mati atau telah mati, bahkan penderita sendiri akan mati di masa yang akan datang karena HIV dan AIDS.

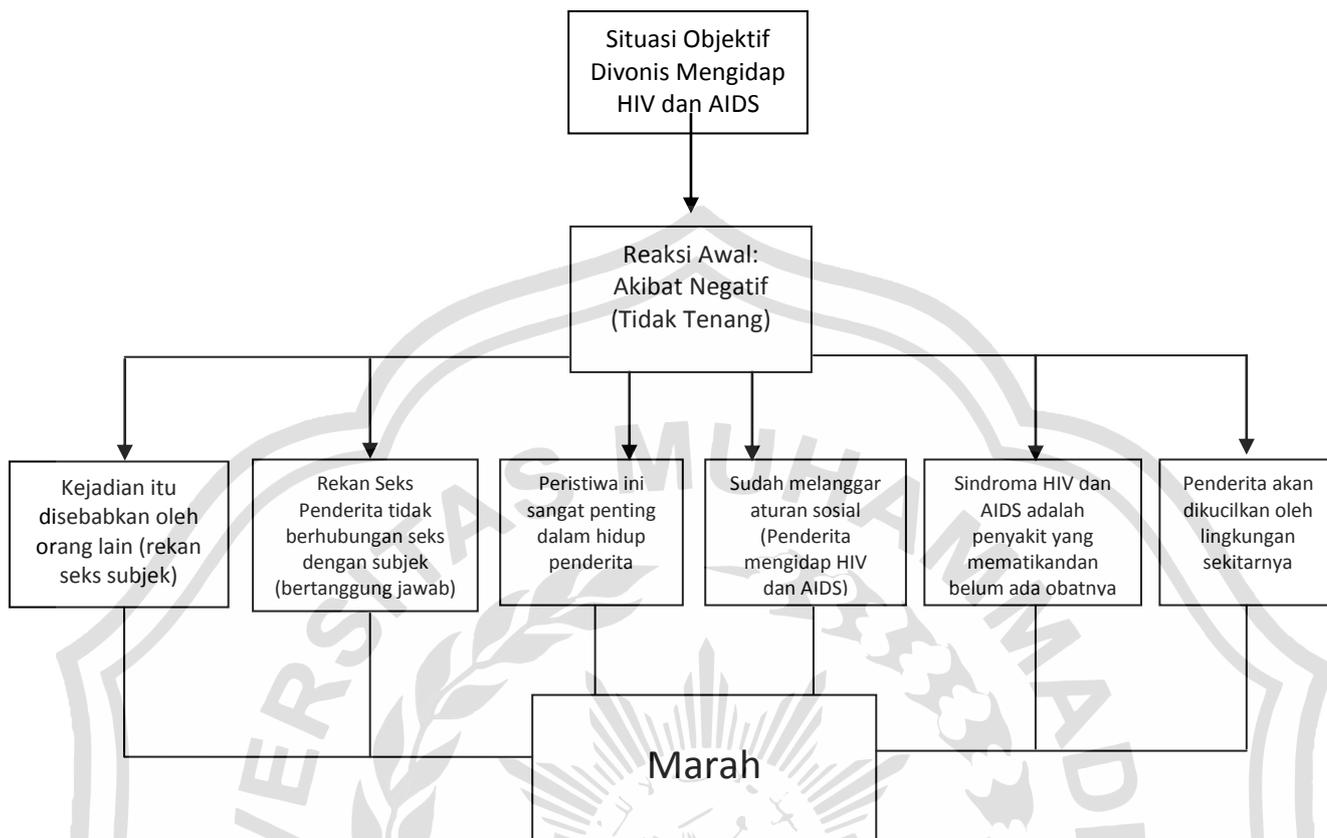
Sebuah model teoritis yang dikembangkan oleh Bernard Weiner²⁸ menunjukkan bahwa kemarahan pada penderita HIV dan AIDS dipengaruhi oleh serangkaian proses. Penderita menjadi marah jika mereka menghadapi pengalaman yang tidak menyenangkan (penderita divonis mengidap HIV dan AIDS) dan penderita mengkaitkan keadaan tersebut dengan suatu penyebab eksternal (sesuatu di luar diri mereka sendiri) dan bahwa vonis HIV dan AIDS tersebut disebabkan oleh pihak lain (pasangan seks) dan seharusnya pasangan seks tersebut dapat bertanggung jawab atas kejadian itu dan dapat mencegah agar penderita tidak terkena HIV dan AIDS.

Berikut ini adalah tabel analisis kognitif, penilaian dan atribusi yang menyebabkan kemarahan pada penderita yang terkena HIV dan AIDS.

²⁷Kaplan, *Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis Edisi Ketujuh Jilid Dua* (Jakarta: Binarupa Aksara, 1997), 237.

²⁸Berkowitz, L., *Agresi I Sebab dan Akibatnya*, (Jakarta: Pustaka Binaman Pressindo, 1995) 114

Bagan. I
Analisis Kognitif Rasa Marah yang dialami Penderita HIV dan AIDS



Setelah berjalannya waktu, tampak bahwa penderita dapat menderita keadaan dirinya bahwa dia sekarang mengidap HIV dan AIDS, penderita bersikap pasrah dan siap untuk dipanggil oleh Tuhan Yang Maha Esa, penderita merasa apa yang sudah dilakukannya sudah yang terbaik bagi dirinya maupun bagi lingkungan sekitarnya.

Menerima situasi seperti apa adanya dan menyadari bahwa tidak ada lagi yang dapat dilakukan untuk mengubahnya merupakan sebuah kemampuan untuk menerima. Keadaan ini tidaklah berarti bahwa penderita tidak lagi mampu untuk melakukan pemecahan masalah, melainkan merupakan sebuah keputusan dengan penuh kesadaran untuk menerima keadaan seperti apa adanya. Jika kematian tidak dapat lagi dihindari adalah penting untuk menerima situasi agar dapat melakukan pelepasan dan pengurangan stres.

Menurut pandangan Logoterapi yang dikembangkan oleh Fiktor Frankl,²⁹ proses penerimaan diri mengandung tiga komponen pengembangan diri, yaitu: 1) komponen kognitif atau pengalaman diri, yaitu mengenali secara obyektif kekuatan-kekuatan dan kelemahan diri sendiri, baik yang masih potensial maupun yang sudah aktual, dan selanjutnya kekuatan tersebut dikembangkan dan kelemahan dikurangi. 2) Komponen afeksi atau pendalaman dan penerapan tri nilai, berusaha untuk memahami dan memenuhi tiga macam nilai yang dianggap merupakan sumber makna hidup, meliputi nilai-nilai kreatif, nilai-nilai penghayatan, dan nilai-nilai bersikap. 3) komponen konatif atau bertindak positif, yaitu mencoba menerapkan dan melaksanakan dalam perilaku dan tindakan nyata sehari-hari yang dianggap baik dan bermanfaat.

Apabila dikaitkan dengan proses penerimaan diri dari Logoterapi, terlihat bahwa penderita yang memiliki penerimaan diri yang baik maka akan memiliki pemahaman bahwa untuk mampu menerima sindroma HIV dan AIDS yang dialaminya sekarang dan penderita dapat mengambil hikmah atas peristiwa (terkena HIV dan AIDS) yang mengenai dirinya, bahwa sesuatu yang ada di dunia ini semuanya sudah ditentukan oleh Tuhan Yang Maha Esa (komponen kognitif/pemahaman diri), pasrah dan sudah siap jika harus dipanggil-Nya (komponen afeksi/pendalaman dan penerapan tri nilai) dan melakukan aktivitas-aktivitas bermakna bagi dirinya dan lingkungannya seperti mengikuti kegiatan-kegiatan kemasyarakatan dan dukungan sosial sesama penderita HIV dan AIDS (komponen konatif/bertindak positif). Dengan komponen-komponen tersebut, penderita dapat menerima ketika HIV dan AIDS menyimpannya serta menjadikan hidup yang dilewatinya menjadi penuh makna.

Namun tidak jarang ditemukan bahwa terdapat penderita HIV dan AIDS yang meskipun mengalami gangguan psikologis seperti ketakutan dan kecemasan di awal diagnosa HIV, sering dering dengan penerimaan diri dan penyesuaian yang dilakukan, mereka dapat kembali merasakan kebahagiaan. Menurut Schimoff,³⁰ energi negatif yang dirasakan dapat membuat individu mempertanyakan menegai kualitas kehidupannya, karena mereka tidak ingin terus menerus berada dalam situasi negatif. Hal ini juga sejalan dengan pendapat Frank³¹ yang menyatakan bahwa individu memiliki kebebasan untuk memilih tindakan dalam situasi apapun dalam hidupnya, termasuk di dalamnya adalah kebebasan untuk menerima atau tidak menerima situasi.

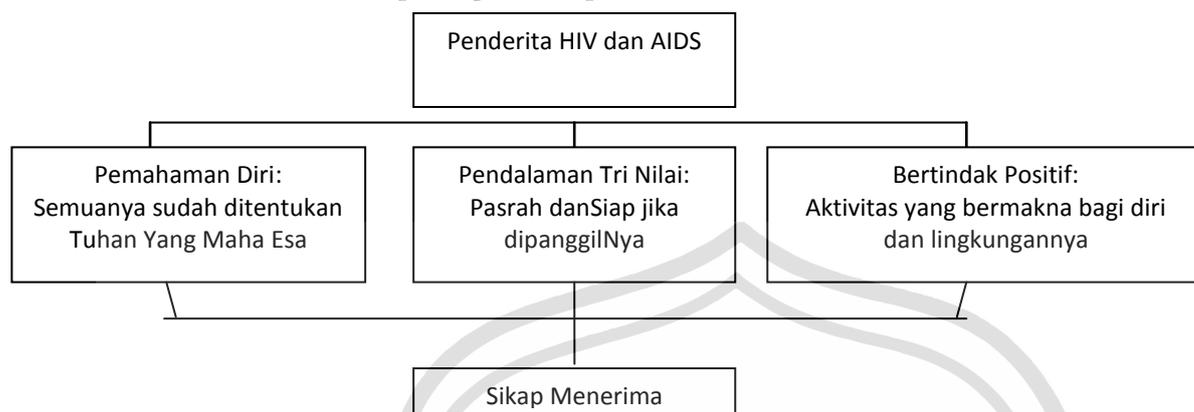
Berikut ini adalah garis besar analisis Logoterapi terhadap proses penerimaan diri penderita HIV dan AIDS terhadap sindroma yang dialaminya.

²⁹ Bastaman, *Integrasi Psikologi Agama dengan Islam Menuju Psikologi Islami*, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 1995) 128

³⁰ Schimoff, M. *7 Langkah Bahagia Labir dan Batin*, (Jakarta: PT Gramedia, 2008) 66.

³¹ Seligman, M. 2006. *Autentic Happiness*. Bandung. Mizan Media Utama. Hal 129

Bagan 2.
Analisis Logoterapi tentang Penerimaan Diri Penderita HIV dan AIDS



Salah satu komponen dari sikap penerimaan diri penderita terhadap HIV dan AIDS adalah dengan bersikap positif dengan melakukan aktivitas, kegiatan, perilaku atau tindakan nyata yang bermakna dan bermanfaat bagi diri penderita sendiri maupun lingkungan sekitarnya. Aktivitas atau kegiatan yang dilakukan tersebut merupakan salah satu upaya atau cara yang ditempuh oleh penderita agar depresi yang dialaminya dapat berkurang. Aktivitas atau kegiatan yang dilakukan oleh penderita untuk mengurangi depresinya tersebut bermacam-macam sesuai dengan minat dan kemampuan masing-masing penderita. Umumnya penanganan depresi dapat dilakukan melalui penanganan medis dan dapat pula dengan teknik non medis. Salah satu teknik non medis yang populer dan dapat dilakukan oleh penderita HIV dan AIDS secara aktif adalah melalui kelompok dukungan.

Ketika mengalami depresi, penderita akan menjerunkan diri dengan aktivitas atau kegiatan lapangan dengan membantu teman-teman senasib yang juga mengidap HIV dan AIDS. Dengan melakukan hal tersebut, penderita akan melupakan keadaan yang terjadi pada dirinya, dan penderita akan berbagi pengalaman dan perasaan kepada orang lain. Aktivitas atau kegiatan yang dilakukan tersebut dilakukan dengan rekan-rekan lain dalam sebuah tim.

Hal ini sejalan dengan pendapat Murni,³² menyatakan bahwa HIV dan AIDS akan memunculkan berbagai masalah pribadi dan pertanyaan yang sulit terjawab, seperti soal kesehatan, keuangan, kematian, perkawinan, seks, anak, dan lain-lain. Prasangka buruk dan diskriminasi dari orang lain dapat menimbulkan tekanan psikologis tersendiri. Karena berbagai alasan itu, banyak penderita HIV dan AIDS yang merasakan keinginan untuk kenal orang lain yang juga HIV positif atau AIDS. Ada keinginan untuk berbagai pengalaman, mengurangi rasa terkucil, dan mencari dukungan emosional. Banyak penderita HIV dan AIDS yang kemudian membentuk dan mengelola kelompok sendiri. Peranan utama kelompok dukungan tersebut adalah menciptakan suasana nyaman dan terjaga kerahasiaannya, sehingga penderita HIV dan AIDS mendapatkan kesempatan untuk berkenalan, bicara secara terbuka, didengarkan dan mendapatkan dukungan.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Li Li, dkk (2009)³³ menyatakan bahwa stigma dari masyarakat dapat menimbulkan rasa malu dari penderita HIV dan AIDS yang terkait dengan depresi atau dengan kata lain, kurangnya dukungan dari masyarakat dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya depresi pada penderita HIV dan AIDS. Kurangnya dukungan sosial juga membuat keputusan penderita HIV dan AIDS akan bertahan lama dan semakin parah.³⁴

³² Murni, *Kelompok Dukungan*, dalam Suzanna Murni dan Lusiana Aprilawati, (eds), *terapi Alternatif* (Jakarta: Spirita, 2003), 41

³³ Beta Kurnia Arriza, Endah Kumala Dewi, Dian Veronika Sakti Kaloeti. *Memahami Rekonstruksi Kebahagiaan Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)*, dalam *Jurnal Psikologi Undip*. Vol. 10. No 2, Oktober 2011.

³⁴ Gunawan, R, *Menjajakan HIV dan AIDS*. (Onlien), diunduh pada tanggal 5 September 2016 dari <http://aids-ina.org/modules.php?name=AvantGo>

Penutup

Setelah memperhatikan uraian dalam pembahasan sebelumnya, penulis akan menguraikan kesimpulan dan saran-saran yang sekiranya bermanfaat dalam menyikapi dinamika depresi pada penderita HIV dan AIDS.

Apabila ditinjau dari perspektif kognitif, maka penyebab depresi yang terjadi pada penderita HIV dan AIDS berasal dari pola pikir kognitif penderita yang menyimpang dari pola interpretasi yang logis atau salah menginterpretasikan sebuah peristiwa atau kejadian (HIV dan AIDS) dan hanya berfokus pada situasi-situasi negatif yang ada pada dirinya sendiri, serta harapan yang pesimis dan negatif terhadap masa depan.

Adanya kesalahan dalam pola berpikir penderita HIV dan AIDS tersebut akan memunculkan gejala-gejala depresi seperti pesimistis terhadap hidup yang akan dijalani, stres terhadap keadaan dirinya, cemas, takut mati, keinginan untuk mati, kritik diri, tidak bersemangat, cenderung menghindari pergaulan sosial, perasaan rendah diri, tidak mampu, tidak percaya diri, dan merasa tidak berani.

Respon yang ditampakkan oleh penderita ketika mengalami depresi adalah ketika pertama kali divonis mengidap HIV dan AIDS langsung mengalami penolakan dengan tidak mempercayai diagnosa yang ditegakkan (*denial*). Selanjutnya penderita mengalami respon kemarahan (*angry*) yang diwujudkan dengan perasaan marah, perilaku berisiko tinggi, frustrasi dan dilanjutkan dengan tahap depresi (*depression*) dengan tanda-tanda klinis seperti menarik diri, sedih, suasana hati muram, merasa bersalah, tidak berdaya, dan ide bunuh diri, dan akhirnya penderita dapat menerima dan menyesuaikan diri dengan keadaan yang terjadi pada dirinya (*acceptance*). Respon yang dimunculkan oleh penderita tersebut sangat dipengaruhi oleh perjalanan penyakit yang menyebabkan depresi itu sendiri (HIV dan AIDS) dan juga perkembangan psikologis dari penderita sendiri (dewasa muda).

Sedangkan upaya yang dapat dilakukan penderita HIV dan AIDS untuk mengurangi depresi yang dialaminya adalah dengan melakukan aktivitas-aktivitas membantu rekan-rekan penderita HIV dan AIDS yang juga mengalami apa yang dirasakan oleh penderita HIV dan AIDS. Kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh penderita tersebut merupakan tindakan nyata dari sikap penerimaan atau acceptance terhadap sindroma HIV dan AIDS yaitu melakukan aktivitas-aktivitas yang berguna bagi diri penderita maupun lingkungan sekitarnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Arriza, Beta Kurnia. Dewi, Endah Kumala. Kaloeti, Dian Veronika. Memahami Rekonstruksi Kebahagiaan Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). Dalam Jurnal Psikologi Undip Vol.10, No.2. Oktober 2011. 153-162.
- Bastaman. *Integrasi Psikologi Agama dengan Islam Menuju Psikologi Islami*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 1995.
- Berkowitz, L. *Agresi I Sebab dan Akibatnya*, Jakarta: Pustaka Binaman Pressindo, 1995.
- Bhrun, John G. *Aspek Sosial dan Psikologis dari AIDS*, Jakarta: EGC, 1997.
- Brannon, L & Jess, F. *Health Psychology An Introduction To Behavior and Health Fourth Edition*, USA: Wadsworth, 2000.
- De Clerq. *Tingkah Laku Abnormal dari Sudut Pandang Perkembangan*, Jakarta: Grassindo, 1994.
- Hadi. *Depresi & Solusinya*, Yogyakarta: Tugu, 2004.
- Hawari, Dadang. *Al Qur'an Ilmu Kedokteran Jiva dan Kesehatan Jiva*. Jakarta: Dana Bhakti Yasa, 1996.
- Hawari, Dadang. *Dimensi Religi dalam Praktek Psikiatri dan Psikologi*, Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2002.
- Hutapea, Ronald. *AIDS & PMS dan Perkosaan*, Jakarta: Rineka Cipta, 1995.
- Kaplan. *Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis Edisi Ketujuh Jilid Dua*, Jakarta: Binarupa Aksara, 1997.
- Kementerian Kesehatan Republik Indoensia. *Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2011-2016*, Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: 2011.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Perkembangan HIV/AIDS di Indoensia di akses di <http://sahivausu.blogspot.co.id/2016/06/laporan-perkembangan-hiv-aids-di.html>. Pada tanggal 7 September 2016.

Manurung, Yosua Hendriko. Maramis, Margarita. Triyono, Erwin. *The Depression Profile of People Living With HIV/AIDS (PLWHA) Receiving Antiretroviral Treatment In Dr. Soetomo Hospital Surabaya*. Folia Medica Indonesiana Vol. 50 No. 1 January - March 2014 : 6-9.

Mc Keon. *Menghadapi Depresi & Elasi*, Jakarta: Arcan, 1990.

Muninjaya, Gde. *AIDS di Indoensia: Masalah dan Kebijakan Penanggulangan di Indonesia*, Jakarta: EGC, 1999.

Niven. *Psikologi Kesehatan Pengantar Untuk Perawat & Profesional Kesehatan Lain*, Jakarta: EGC, 2000.

Oemarjoedi, Cassandra. *Pendekatan Cognitive Behavior Dalam Psikoterapi*, Jakarta: Kreatif Media, 2003.

Schimoff, M. *7 Langkah Bahagia Labir dan Batin*, Jakarta: PT Gramedia, 2008.

Seligman, M. *Autentic Happiness*. Bandung: Mizan Media Utama, 2006.

Vrisaba, R. *Kiat Menangkal AIDS*, Bandung: Pionir Jaya, 2001)

WHO. *Leksikon Istilah Kesehatan Jiwa dan Psikiatri*, Jakarta: EGC, 2003.

Widjijati, Dyah Wahyuningsih. Fitriyani, Aris. "Acceptance And Comitment Therapy (ACT) Aplication Toward Self Acceptance and Comitment to Prevent the Transmission of HIV/AIDS" dalam Jurnal Link. Vol. 10 1 Januari 2014.

Yaunint, Yaslinda. Hidayat, Nurul Maulidya. Kejadian Gangguan Depresi Pada Penderita HIV/AIDS yang Mengunjungi Poli VCT RSUP Dr. M Djamil Padang Periode Januari – September 2013, *Jurnal Kesehatan Andalas* 2014;3(2) 244-247.

