

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 HIV/AIDS

2.1.1. Etiologi

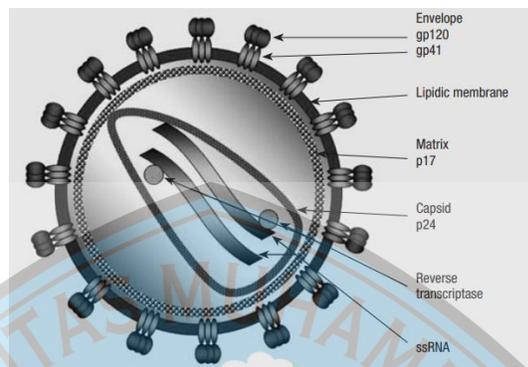
AIDS merupakan suatu penyakit yang disebabkan suatu virus yaitu HIV. HIV adalah suatu virus yang termasuk famili *retroviridae*. Golongan retrovirus merupakan virus RNA yang melakukan replikasi melalui *DNA intermediate* di dalam sel, informasi genetiknya dikatalis oleh enzim *RNA-directed DNA polymerase* atau sering disebut dengan *reverse transcriptase*. HIV termasuk kedalam subfamili *Lentivirinae* (Bahasa latin: *lentus* artinya lambat), hal ini dikarenakan infeksi yang terjadi pada penderita berjalan secara lambat, bisa berlangsung beberapa bulan sampai beberapa tahun sejak invasi ke dalam sel sampai akhirnya menimbulkan gejala klinis.¹⁴ HIV akan menginfeksi dan membunuh limfosit T-helper ($CD4^+$), yang dapat menyebabkan *host* kehilangan imunitas selular dari tubuhnya dan memiliki probabilitas yang besar untuk terjadinya infeksi oportunistik. Sel-sel lain yang dapat diinfeksi oleh HIV yaitu sel makrofag dan monosit yang memiliki protein $CD4^+$ pada permukaannya.¹⁵

HIV terdiri dari 2 group, yaitu HIV-1 dan HIV-2. Masing-masing group memiliki berbagai sub tipe. Dari kedua tipe tersebut group yang menyebabkan banyak kelainan dan lebih ganas yaitu group HIV-1, sedangkan HIV-2 lebih sulit untuk ditularkan (*less transmissible*) dan progresivitas penyakit jarang ditemukan (hanya di Afrika Barat dan daerah terbatas lainnya).¹⁴

2.1.2. Morfologi

HIV memiliki 3 gen utama, yaitu *envelope gene (env-gene)* berupa gp120 dan gp41, *polymerase gene (pol gene)* yang membentuk enzim *reverse transcriptase (RTase)* serta *core gene (gag gene)* yaitu

protein p7, p9, p17 dan p24 (Gambar 2.1). Selain itu ada juga gen yang aktif pada proses infeksi HIV yaitu *viral infectivity factor* (vif), viral protein r (vpr), viral protein u (vpu) dan viral protein x (vpx). HIV-1 memiliki gen vpu tetapi tidak memiliki gen vpx, sebaliknya HIV-2 memiliki vpx tetapi tidak memiliki vpu. Perbedaan genetik ini meski sedikit tetapi menentukan perbedaan patogenitas dan perjalanan penyakit diantara kedua tipe HIV tersebut.¹⁶



Gambar 2.1. Struktur *Human Immunodeficiency Virus* dimodifikasi dari Emanuele, 2010.¹⁶

2.1.3. Patofisiologi

HIV memasuki tubuh manusia dapat melalui beberapa cara, yaitu melewati darah, semen dan sekret vagina. Sebagian besar penularan virus ini terjadi melalui hubungan seksual baik heteroseksual maupun homoseksual. Selain itu dapat melalui transfusi darah, pemakaian jarum suntik bersama dan secara vertikal dari ibu positif kepada bayinya.^{1,15}

HIV menyerang jenis sel tertentu, terutama limfosit T4 yang memiliki peranan penting untuk mengatur dan mempertahankan sistem kekebalan tubuh manusia. HIV tergolong retrovirus yang mempunyai materi genetik RNA. Apabila virus ini masuk ke dalam tubuh penderita, maka RNA virus diubah menjadi *deoxyribonucleic*

acid oleh enzim *reverse transcriptase* yang dimiliki oleh HIV, DNA pro-virus ini selanjutnya diintegrasikan ke dalam sel hospes dan selanjutnya diprogramkan untuk membentuk gen virus.^{1,15}

Proses infeksi dimulai dengan pengikatan gp120 dengan molekul reseptor pada permukaan sel target. DNA integrasi akan mencetak mRNA dengan bantuan enzim *polymerase*. Selanjutnya mRNA akan ditranslasi menjadi komponen virus baru di dalam sitoplasma sel yang terinfeksi virus. Komponen-komponen virus akan ditransportasi ke membran plasma dan terjadi perakitan menjadi virus HIV baru yang masih *immature*, *budding* dan selanjutnya akan mengalami proteolisis oleh protease menjadi virus HIV *mature*.^{1,15}

2.1.4. Stadium Klinis

Infeksi HIV pada manusia merupakan suatu kontinuitas yang secara umum dibagi menjadi empat fase, yaitu infeksi HIV primer, infeksi asimtomatik, infeksi simtomatik dengan eksklusi AIDS, dan AIDS.¹⁵

Fase primer, terjadi selama 1 sampai 4 minggu setelah transmisi. Pada fase ini terjadi sindroma yang terdiri dari beberapa gejala seperti demam, diare, sariawan, berkeringat, letargi, malaise, mialgia, arthralgia, sakit kepala, photophobia, limfadenopati, dan lesi mukopapular pada ekstremitas. Gejala ini timbul secara mendadak dan akan menghilang dalam waktu 3 sampai 14 hari. Antibodi terhadap HIV muncul setelah hari ke-10 sampai ke-14 setelah terpajan infeksi, dan kebanyakan penderita akan mengalami serokonversi setelah infeksi minggu ke-3 sampai ke-4. Pada fase ini sering terjadi tes serologik *false negative*. Hal ini memiliki implikasi yang penting karena HIV bisa bertransmisi selama periode ini.¹⁵

Fase kedua, seropositif asimtomatik merupakan fase yang terlama dibandingkan dengan 4 fase lainnya serta paling bervariasi

diantara masing-masing individu. Tanpa pengobatan, fase ini umumnya terjadi sekitar 4 sampai 8 tahun.¹⁵

Fase ketiga dari infeksi HIV menunjukkan bukti fisik pertama dari disfungsi sistem imun tubuh penderita seperti: infeksi jamur yang terlokalisir pada ibu jari dan mulut selain itu terdapat gejala konstusional seperti keringat malam, penurunan berat badan, dan diare sering terjadi pada penderita pada fase ini. Tanpa pengobatan, durasi dari fase ini berkisar antara 1 sampai 3 tahun. Fase keempat atau fase AIDS diartikan sebagai supresi imun yang signifikan. Gejala pulmoner, gastrointestinal, neurologik, dan sistemik merupakan gejala yang bisa terjadi.¹⁵

2.1.5. Pengobatan

Pengobatan untuk menyembuhkan infeksi HIV/AIDS hingga saat ini belum ditemukan, tetapi telah ditemukan salah satu cara untuk memperlambat laju pertumbuhan virus HIV yaitu dengan menggunakan terapi antiretrovirus (ARV). Meskipun pemberian terapi ARV belum bisa menyembuhkan penyakit dan dapat menambah efek samping dan resistensi kronis terhadap obat tetapi hasil penggunaan menunjukkan penurunan angka kematian dini dan angka kesakitan.¹⁷

Menurut penelitian Riska dan Ari Tahun 2017 menyimpulkan bahwa penggunaan obat ARV pada penderita HIV merupakan upaya untuk memperpanjang umur harapan hidup penderita HIV/AIDS. Obat ARV bekerja memperlambat replikasi virus sehingga virus dalam sirkulasi darah menurun lalu meningkatkan CD4⁺ dan sistem imun.^{17,18}

2.2 Depresi

2.2.1. Definisi dan Konsep Dasar Depresi

Depresi merupakan suatu gangguan mental yang termasuk dalam gangguan afektif atau gangguan mood (suasana perasaan). Menurut *American Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Disorders Edisi ke-5 (DSM-5), gangguan suasana hati adalah fitur utama gangguan mood. Gangguan mood adalah sekelompok besar gangguan dengan mood patologis serta gangguan terkait mood yang mendominasi gambaran klinisnya. Pada penderita depresi ditandai dengan mood depresif, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan bersalah atau rendah diri, tidur atau nafsu makan terganggu, energi menurun, hilangnya konsentrasi serta gagasan atau tindakan melakukan bunuh diri dengan gejala minimal dirasakan selama 2 minggu.^{6,19}

Pada penderita depresi terjadi suatu pemahaman psikodinamik yang dikenal sebagai pandangan klasik depresi terdiri dari:

- 1) Gangguan hubungan ibu bayi selama fase oral (10 sampai 18 bulan pertama kehidupan) menjadi predisposisi kerentanan selanjutnya terhadap depresi.
- 2) Depresi dapat terkait dengan kehilangan objek yang nyata atau khayalan.
- 3) Introyeksi objek yang meninggal, yaitu suatu mekanisme pertahanan yang dilakukan untuk menghadapi penderitaan akibat kehilangan objek.
- 4) Kehilangan objek dianggap sebagai campuran cinta dan benci sehingga rasa marah diarahkan kedalam diri sendiri.¹⁹

2.2.2. Etiologi^{6,19,20,21,22}

2.2.2.1. Faktor Biologis

Beberapa penelitian terhadap penderita depresi menunjukkan abnormalitas pada metabolit seperti asam 5-hidroksiindolasehat (5-HIAA), asam homo vanilat (HAV) dan 3-metoksi 4-hidroksifenilglukol (MHPG) di dalam darah, urin serta cairan serebrospinalis pasien dengan gangguan mood.

2.2.2.2. Amin Biogenik

Tingkat depresi dilaporkan disebabkan karena terjadinya disregulasi heterogen dari amin biogenik. Dari beberapa penelitian terdapat dua neurotransmitter amin biogenik yang paling berpengaruh terhadap tingkat depresi yaitu menurunnya norepinefrin dan menurunnya serotonin.

Keterlibatan norepinefrin dengan tingkat depresi dikaitkan dengan adanya keterlibatan reseptor prasinap β_2 adrenergik pada depresi. Aktivitas reseptor ini menurunkan jumlah norepinefrin yang dilepaskan yang nantinya berpengaruh terhadap tingkat depresi suatu individu.

Serotonin merupakan amin biogenik yang paling berpengaruh terhadap kejadian depresi. Data menyebutkan bahwa kekurangan serotonin dapat mempengaruhi tingkat depresi dan gagasan atau tindakan bunuh diri penderita depresi.

2.2.2.3. Faktor kimia lain

Neurotransmitter asam amino (terutama asam amino γ aminobutirat) dan peptida neuroaktif (terutama vasopresin dan endogen opiat) merupakan faktor lain yang dapat menyebabkan gangguan depresi. Selain itu regulasi neuroendokrin dari berbagai penelitian menunjukkan disregulasi pada penderita depresi sehingga regulasi aksis neuroendokrin yang abnormal disebabkan akibat fungsi neuron yang mengandung amin biogenik abnormal. Aksis neuroendokrin yang dimaksud adalah aksis adrenal, tiroid serta hormon pertumbuhan.

2.2.2.4. Faktor Psikososial

Faktor psikososial yang berhubungan dengan tingkat depresi yaitu peristiwa hidup dan stres lingkungan. Peristiwa

hidup yang dimaksud adalah suatu peristiwa hidup yang *stressfull* atau peristiwa hidup yang negatif. Sedangkan stres lingkungan yang paling sering mempengaruhi tingkat depresi adalah mengenai keluarnya seseorang dari pekerjaan sebanyak lebih dari tiga kali atau kejadian stres lingkungan yang berulang.

2.2.2.5. Faktor Genetik

Faktor genetik dari berbagai penelitian menunjukkan hasil yang signifikan dalam timbulnya gangguan mood. Studi keluarga memperlihatkan keluarga derajat pertama dari individu yang mengalami depresi menunjukkan kecenderungan 2 sampai 10 kali lipat untuk menurunkan depresi, dibandingkan dengan keluarga derajat pertama normal cenderung menurunkan 2 sampai 3 kalinya saja.

2.2.3. Patofisiologi^{6,23}

Amin biogenik norepinefrin dan serotonin merupakan dua neurotransmitter yang paling berperan dalam patofisiologi kejadian dan tingkat depresi. Namun, serotonin dianggap sebagai neurotransmitter dasar yang berpengaruh terhadap gangguan depresi dan tingkat depresi.

Penyebab turunnya neurotransmitter ini masih belum diketahui secara pasti. Hipotesis yang ada hingga saat ini memperkirakan adanya reaksi kompleks yang mempengaruhi kaskade intraseluler monoamin. Proses ini diatur oleh sistem serotonergik dan noradrenergik yang memproduksi serotonin 1A (5-HT_{1A}), serotonin 1B (5-HT_{1B}), dan norepinefrin.

Neurotransmitter ini akan dikeluarkan ke celah sinaps untuk kemudian bekerja pada neuron *presinaps* dan *post sinaps*, sehingga dapat mengatur regulasi emosi. Fungsi regulasi emosi ini diatur oleh keseimbangan antara availabilitas dan aktivitas reseptor

neurotransmitter. Reseptor 5-HT_{1B} terletak pada *presinaps* dan mengatur keluarnya serotonin dengan inhibisi atau *feedback inhibition*, sedangkan reseptor 5-HT_{1A} terletak pada neuron *presinaps* dan *post sinaps* untuk mengatur fungsi serotonin.

Pada gangguan depresi, availabilitas serotonin di celah sinaps akan menurun. Hal ini disebabkan karena sensitivitas reseptor yang menurun, sehingga tidak terjadi inhibisi pengambilan kembali atau mekanisme *reuptake* serotonin tidak berjalan seperti keadaan normal, sehingga kadar serotonin pada penderita depresi menurun. Selain itu reseptor norepinefrin terletak pada *presinaps* dan berfungsi mengatur keluarnya norepinefrin dengan inhibisi. Pada penderita depresi, sensitivitas reseptor norepinefrin meningkat, sehingga kemampuan untuk mengeluarkan norepinefrin menurun. Mekanisme gangguan amin biogenik ini dapat mempengaruhi tingkat depresi pada penderita.

2.2.4. Gejala Klinis^{5,6,19,24}

Mood depresi serta hilangnya minat atau kegembiraan merupakan gejala utama dari keadaan depresi. Pasien mungkin mengatakan bahwa mereka merasa murung, merasa putus asa, dalam keadaan sedih atau tidak berguna. Sekitar dua pertiga dari semua pasien depresi memiliki gagasan atau merenungkan bunuh diri serta $\pm 10-15\%$ penderitanya melakukan bunuh diri. Hampir semua pasien depresi ($\pm 97\%$) mengalami adanya penurunan energi yang menyebabkan kesulitan dalam menyelesaikan pekerjaan, serta sekitar 80% pasien mengeluh sulit tidur, khususnya terbangun pada dini hari (*insomnia terminal*) dan sering terbangun pada malam hari. Pada masa terbangun tersebut penderita merenungkan masalah yang mereka alami.

Beberapa pasien ada yang mengalami penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan, tetapi pada beberapa pasien juga mengalami

peningkatan nafsu makan, penambahan berat badan dan tidur bertambah.

Adapun gejala depresi menurut diagnosis gangguan jiwa dari PPDGJ III dan DSM 5 adalah sebagai berikut:

2.2.4.1. Gejala Utama

- 2.1.1. afek depresif,
- 2.1.2. kehilangan minat kegembiraan, dan
- 2.1.3. berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata, sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas.

2.2.4.2. Gejala lainnya

- a. konsentrasi dan perhatian berkurang;
- b. harga diri dan kepercayaan diri berkurang;
- c. gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna;
- d. pandangan masa depan yang suram dan pesimistis;
- e. gangguan dan perbuatan yang membahayakan diri atau bunuh diri;
- f. tidur terganggu;
- g. gangguan makan (dapat berupa peningkatan dan penurunan nafsu makan).

2.2.5. Klasifikasi dan Diagnosis Depresi ^{5,24}

Klasifikasi depresi menurut diagnosis gangguan jiwa dari PPDGJ III dan DSM 5 (F32) adalah sebagai berikut :

2.2.5.1. Episode Depresif Ringan (F32.0)

- 2.1.1. Sekurang-kurangnya harus ada 2 gejala dari 3 gejala utama depresi seperti tersebut di atas;
- 2.1.2. Ditambah sekurang-kurangnya 2 gejala dari gejala lainnya: (a) sampai dengan (g);
- 2.1.3. Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya;

2.1.4. Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu;

2.1.5. Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang dapat dilakukan.

2.2.5.2. Episode Depresif Sedang (F32.1)

1. Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti pada episode depresi ringan (F30.0);
2. Ditambah sekurang-kurangnya 3 (dan sebaiknya 4) dari gejala lainnya;
3. Lamanya seluruh episode berlangsung minimum sekitar 2 minggu;
4. Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan, dan urusan rumah tangga.

2.2.5.3. Episode Depresif Berat tanpa Gejala Psikotik (F32.2)

1. Semua gejala utama depresi harus ada;
2. Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa diantaranya harus bersifat berat;
3. Bila ada gejala penting (agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejala secara rinci. Dalam hal demikian penelitian secara menyeluruh terhadap episode depresif berat masih dapat dibenarkan;
4. Episode depresif biasanya harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu akan tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu;

5. Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial pekerjaan atau urusan rumah tangga kecuali pada taraf sangat terbatas.

2.2.5.4. Episode Depresif Berat dengan Gejala Psikotik (F32.3)

1. Episode depresi berat yang memenuhi kriteria menurut F.32.2 tersebut di atas
2. Disertai waham halusinasi stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau olfaktori biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh atau bau kotoran atau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor. Jika diperlukan waham atau halusinasi dapat ditentukan sebagai sensasi atau bukan sensasi dengan afek (*mood congruent*).

2.2.6. Pemeriksaan Status Mental^{6,19,24}

2.2.6.1. Gambaran Umum

Retardasi psikomotor menyeluruh merupakan gejala yang paling lazim timbul pada penderita depresi. Namun agitasi juga dapat terlihat terutama pada pasien lansia. Gejala agitasi dapat berupa meremas-remas tangan dan menarik-narik rambut yang paling sering terlihat pada penderita. Postur tubuh penderita umumnya bungkuk, tidak ada gerakan yang spontan dan tatapan mata menghindari dengan memandang ke bawah.

2.2.6.2. Mood Afek dan Perasaan

Mood adalah gambaran perasaan dari pasien. Mood merupakan emosi yang menetap, mengandung komponen kedalaman, durasi serta fluktuasi. Mood pada penderita depresi dapat berupa hipotimia. Hipotimia disebut juga dengan

keadaan emosi yang merendah ataupun suasana perasaan yang secara pervasif diwarnai dengan kesedihan dan kemurungan. Pada beberapa penderita juga mengalami mood anhedonia, yaitu suatu suasana perasaan yang diwarnai dengan kehilangan minat dan kesenangan terhadap berbagai aktivitas kehidupan.

Afek adalah suatu manifestasi eksternal dari perasaan yang dapat diamati. Dapat juga diartikan sebagai respon emosi pasien saat ini yang tersirat dalam ekspresi. Afek depresi pada penderita depresi akan terlihat penderita membungkuk, terlihat murung serta menangis.

2.2.6.3. Pembicaraan

Banyak penderita depresi umumnya menunjukkan penurunan laju dan volume pembicaraan, penderita akan memberikan jawaban pada pertanyaan yang hanya membutuhkan satu kata jawaban saja dan penderita tampak terlambat dalam menjawab pertanyaan (membutuhkan waktu untuk menjawab).

2.2.6.4. Gangguan Persepsi

Gangguan persepsi (waham atau halusinasi) timbul pada pasien dengan episode depresif yang berat disertai gambaran psikotik. Waham dan halusinasi yang sesuai dengan mood depresi dikatakan sebagai *congruent mood*. *Congruent mood* pada pasien depresi meliputi rasa bersalah, berdosa, tidak berharga, miskin, gagal, dikejar, dan mengalami penyakit somatik terminal (seperti kanker dan otak yang membusuk).¹⁹

Terkadang juga waham yang tidak kongruen dapat terjadi pada penderita depresi meliputi waham kebesaran seperti kekuatan, pengetahuan dan rasa berharga yang berlebihan. Pasien depresi dengan waham atau halusinasi

jarang terjadi. Namun dapat terjadi pada saat depresi berat dengan psikotik.

2.2.6.5. Isi Pikir

Pada penderita depresi umumnya memiliki pandangan negatif mengenai dunia maupun mengenai dirinya sendiri. Isi pikir penderita depresi umumnya berupa pikiran berulang tetapi tidak bersifat waham bisa mengenai kehilangan, rasa bersalah, bunuh diri dan kematian. Selain itu juga sekitar 10% penderita mengalami gangguan isi pikir berupa bloking pikiran dan sangat miskin isi pikir.

2.2.6.6. Sensorium dan Kognisi

2.1.1. Orientasi

Hampir seluruh penderita depresi masih memiliki orientasi yang baik terhadap orientasi waktu, tempat dan orang. Namun pada beberapa pasien mungkin tidak memiliki cukup energi atau minat untuk menjawab pertanyaan selama wawancara.

2.1.2. Memori

Sekitar 50-75% penderita depresi memiliki hendaya kognitif (*pseudodemensia depresif*). Pada keadaan ini ditandai dengan keluhan pasien dapat berupa konsentrasi terganggu dan mudah lupa.

2.2.6.7. Kontrol Implus

Sekitar 10-15% penderita depresi melakukan bunuh diri dan kurang lebih dua pertiga pasien pernah memiliki ide melakukan bunuh diri. Pasien depresi dengan gejala psikotik juga terkadang memiliki pikiran untuk membunuh orang lain dikarenakan waham yang dia alami.

2.2.6.8. Daya Nilai dan Tilikan

Daya nilai adalah bagaimana pasien menilai aspek sosial yang baik dan buruk, sedangkan tilikan adalah kesadaran atau pemahaman penderita terhadap penyakitnya. Daya nilai penderita depresi umumnya sedang sampai baik, dengan pemeriksaan paling baik yaitu dengan memperhatikan tindakan mereka di masa lalu serta perilaku mereka pada saat wawancara. Daya nilai pada penderita depresi itu umumnya beragam bergantung terhadap derajat atau tingkat depresi yang diderita. Derajat tilikan adalah sebagai berikut:

1. Tilikan derajat 1 adalah penyangkalan total terhadap penyakitnya;
2. Tilikan derajat 2 adalah ambivalensi terhadap penyakitnya;
3. Tilikan derajat 3 adalah menyalahkan faktor lain sebagai penyebab penyakitnya;
4. Tilikan derajat 4 adalah menyadari dirinya sakit dan butuh bantuan. Namun, tidak memahami penyebab sakitnya;
5. Tilikan derajat 5 adalah menyadari penyakitnya dan faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakitnya. Namun, tidak menerapkannya dalam perilaku;
6. Tilikan derajat 6 (sehat) adalah menyadari sepenuhnya tentang situasi dirinya disertai motivasi untuk mencapai perbaikan.

2.2.7. **Diagnosis Banding**^{6,19}

1. Gangguan neurologis, masalah neurologis yang paling mirip dengan gejala depresi adalah penyakit parkinson, penyakit

demensia (demensia tipe alzheimer), epilepsi, penyakit serebrovascular dan tumor.

2. Gangguan mood lainya seperti gangguan bipolar I, gangguan bipolar II, gangguan distimik dan gangguan siklotimik.
3. Gangguan jiwa lain seperti gangguan terkait zat, gangguan psikotik, gangguan penyesuaian, gangguan somatoform gangguan ansietas serta skizofrenia.

2.2.8. Perjalanan Gangguan dan Diagnosis

Penderita yang mengalami episode depresi yang tidak diobati akan bertahan 6-13 bulan. Sebagian besar penderita yang menjalani pengobatan, sembuh dalam waktu sekitar 3 bulan. Sekitar 20% penderita tetap mengalami depresi selama 2 tahun atau lebih dan sekitar 50% penderita memiliki episode ulangan.^{19,25}

2.2.9. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Depresi

2.2.9.1. Jenis Kelamin

Dari beberapa penelitian menunjukkan prevalensi gangguan depresif terjadi lebih besar pada perempuan daripada laki-laki. Hal ini dikarenakan perbedaan hormonal, pengaruh melahirkan anak, *stressor* psikososial, serta model perilaku ketergantungan yang berbeda antara wanita dan laki-laki.^{9,19}

2.2.9.2. Kepribadian

Individu yang memiliki kepribadian tertutup memiliki prevalensi mengalami gangguan depresi lebih tinggi dari pada individu yang memiliki kepribadian terbuka. Hal ini dikarenakan individu dengan kepribadian tertutup cenderung mudah cemas dan hipersensitif.⁹

2.2.9.3. Status Perkawinan

Kejadian depresi berat lebih meningkat pada individu tanpa hubungan interpersonal yang dekat atau pada individu yang mengalami perceraian atau perpisahan.¹⁹

2.2.9.4. Usia

Penelitian menunjukkan bahwa usia rerata awitan gangguan depresi umumnya berkisar pada umur 17 sampai 40 tahun. Hal ini dikarenakan remaja cenderung mudah berubah serta sangat sensitif terhadap suatu informasi.^{9,19}

2.2.9.5. Geografis

Keadaan geografis kota yang kurang ruang terbuka hijau umumnya menunjukkan individu yang lebih banyak mengalami depresi dibandingkan individu yang tinggal di pedesaan.⁹

2.2.9.6. Dukungan Sosial

Individu yang tidak berintegrasi atau berbaur dengan lingkungan sosial cenderung lebih tinggi mengalami depresi. Hal ini karena dukungan sosial dapat membantu penderita dalam beradaptasi untuk menghadapi suatu perubahan yang dapat menurunkan tingkat depresi.⁹

2.2.10. Alat Ukur Kuesioner *Beck Depression Inventory II*

Salah satu alat ukur penelitian yang dapat digunakan untuk mendeteksi depresi adalah dengan alat ukur yang dibuat oleh Beck pada tahun 1976, yaitu *Beck Depression Inventory (BDI)*. Pada tahun 1996 BDI direvisi dengan tujuan untuk menjadi lebih konsisten dengan kriteria DSM-IV. Beck, Steer & Brown pada tahun 1996 memberi nama hasil revisi tersebut dengan BDI-II. BDI-II adalah sebuah alat ukur yang sangat populer untuk menggambarkan depresi seseorang. Alat ukur ini digunakan oleh individu dengan umur 13 tahun ke atas

dengan gejala yang dialami dalam 2 minggu sesuai dengan diagnosis DSM-IV.²⁶

BDI-II terdiri dari 21 item pernyataan untuk menilai intensitas depresi pada individu. Setiap item terdiri dari empat pernyataan yang mengindikasikan gejala depresi tertentu. Gejala-gejala tersebut yaitu mengenai kesedihan, pesimisme, kegagalan masa lalu, kehilangan kesenangan, perasaan bersalah, perasaan akan hukuman, tidak menyukai diri sendiri, mengkritik diri, menangis, pikiran atau keinginan untuk bunuh diri, kegelisahan, kehilangan minat, keraguan atau bimbang, perasaan tidak berharga, kehilangan energi, perubahan pola tidur, cepat marah, perubahan nafsu makan, kesulitan konsentrasi, kelelahan serta kehilangan ketertarikan untuk melakukan hubungan seks.^{9,26}

Kuesioner BDI-II menggunakan skala likert dengan kisaran skor antara 0-3 untuk masing-masing pernyataan (pernyataan A sampai pernyataan D). Pernyataan yang paling sesuai dengan kriteria atau indikator gejala depresi memiliki skor paling tinggi (skor 0 untuk pilihan pernyataan A, skor 1 untuk pilihan pernyataan B, skor 2 untuk pernyataan C dan skor 3 untuk pilihan jawaban D). Namun, pernyataan item nomor 16 (perubahan pola tidur) dan item nomor 18 (perubahan nafsu makan) memuat 7 pilihan (A,B,C,D,E,F dan G) dilakukan untuk membedakan antara meningkat atau menurunnya perilaku dengan cara skoring yang sama seperti item-item lainnya 0-3 dengan rincian A=0, B dan C=1, D dan E=2 serta F dan G=3.^{9,26}

Hasil akhir skor depresi berdasarkan manual BDI-II dikelompokkan menjadi empat tingkat, yaitu skor 0-13 yang mengindikasikan tidak depresi atau normal, skor 14-19 yang mengindikasikan depresi ringan, skor 20-28 yang mengindikasikan depresi sedang dan skor 29-63 yang mengindikasikan depresi berat.^{9,26}

2.3 Hubungan Depresi dengan Penderita HIV/AIDS

Peristiwa kehidupan yang menyebabkan suatu stres, lebih sering mendahului episode pertama dari gangguan mood. Para klinisi mempercayai bahwa peristiwa hidup memegang peranan utama dalam tingkat depresi seseorang.²⁷

Pada penderita HIV/AIDS faktor yang mempengaruhi adalah faktor *stressor* kehidupan. *Stressor* yang dialami oleh penderita diantaranya yaitu stigma, penurunan harga diri, gangguan dalam hubungan seksual dan keluarga, gangguan pola hidup, disfungsi seksual, kehilangan pekerjaan, masalah status seksual, masalah sosial ekonomi, ketidakberdayaan dan ketergantungan yang dapat membuat penderitanya rentan akan terjadinya depresi.²⁷

Suatu penelitian menunjukkan satu dari empat penderita HIV/AIDS yang berusia lebih dari 45 tahun pasti memiliki pikiran untuk bunuh diri karena sakit AIDS yang mereka alami. Pikiran bunuh diri ini timbul dikarenakan oleh depresi yang penderita alami. Ketidakpastian akan nasib kehidupan pada penderita HIV dan potensi untuk menderita AIDS menimbulkan perasaan cemas dan depresi. Penderita HIV/AIDS umumnya merasakan perasaan seperti menjelang maut, dan rasa bersalah akan perilaku-perilaku yang membuatnya terkena infeksi, dan rasa ditinggalkan oleh orang lain. Stres dan depresi yang dialami ini akan turut melemahkan sistem imun yang sudah dilemahkan oleh HIV sebelumnya yang akan memperburuk keadaan penderita.²⁷

Terdapat 5 (lima) tahapan atau reaksi yang akan dilewati oleh individu yang mengalami depresi yaitu:

1. Tahap *denial*, pada tahap ini umumnya penderita langsung mengalami penolakan dengan tidak mempercayai diagnosa yang ditegakkan (*denial*).

Pada tahap ini penderita mungkin berperilaku mengingkari kematian dengan mengisolasi perasaan yang berhubungan dengan kematian.

2. Tahap *angry*, pada tahapan ini pada penderita akan timbul perasaan marah terhadap orang lain dan diri sendiri serta frustrasi. Umumnya tahapan ini muncul dikarenakan penderita merasakan sebuah kenyataan bahwa dirinya yang akan meninggal sedangkan orang lain tidak meninggal.
3. Tahap *bargaining*, pada tahap ini penderita akan berusaha menawar untuk mendapatkan pengobatan dan mencoba untuk menunda hal-hal yang tidak terelakkan.
4. Tahap depresi, ditandai dengan tanda-tanda klinis seperti menarik diri, sedih, suasana hati muram, merasa bersalah, tidak berdaya dan ide bunuh diri. Penderita umumnya bereaksi terhadap berbagai macam kehilangan, persiapan emosional untuk perpisahan.
5. Tahap *acceptance*, pada tahap ini pasien mampu menerima kenyataan tentang kematian yang akan mereka hadapi dan berusaha menyesuaikan diri terhadap kemungkinan yang dapat terjadi. Tahap ini timbul setelah beberapa penyesuaian seperti menjalani proses pengobatan dan dukungan yang akhirnya penderita dapat menerima dan menyesuaikan diri dengan keadaan yang terjadi pada dirinya sebagai sebuah kenyataan yang harus dijalani.²⁸

Tidak semua penderita depresi mengalami tahapan diatas dan tidak seutuhnya tahapan diatas selalu berurutan terkadang tahapan diatas bisa berbeda, serta mungkin saja berulang pada penderita. Contohnya pada penderita HIV/AIDS yang pertama kali mengalami infeksi oportunistik kemungkinan besar mereka mengalami tahapan depresi berulang setelah sebelumnya mengalami depresi.²⁸

Depresi pada penderita HIV/AIDS dapat mengakibatkan beberapa dampak negatif. Salah satunya adalah rendahnya kepatuhan dalam

melakukan pengobatan antiretroviral (ARV), menurunnya kualitas hidup penderita, menurunnya kesehatan fisik penderita, serta meningkatkan risiko kematian. Selain itu juga penderita HIV/AIDS yang mengalami depresi beresiko untuk memiliki kondisi kesehatan yang lebih buruk dikarenakan turunnya sistem imun dikarenakan ketidakpatuhan minum obat serta gangguan nutrisi (karena sebagian penderita depresi memiliki gejala tidak mau makan). Selain itu, secara psikis juga depresi akan membuat individu menjadi pesimis akan masa depan, memandang dirinya tidak berharga, cenderung mengurung diri dan tidak mau bergaul dengan orang lain.²⁷

2.4 Dukungan Keluarga

2.4.1. Definisi

Dukungan keluarga bagi penderita HIV/AIDS adalah suatu sistem pendukung terdekat dan utama untuk mendukung penderita dalam membangun respon efektif untuk bisa beradaptasi dan menangani *stressor* yang dihadapi terkait dengan penyakitnya.¹¹

Keluarga merupakan sumber pertolongan praktis serta konkret bagi penderita HIV/AIDS. Hal ini dikarenakan ketika di dalam sebuah keluarga terdapat seorang penderita HIV/AIDS, secara nyata keluarga harus memberikan pertolongan kepada penderita. Karena secara umum penderita HIV/AIDS memerlukan dukungan terkait penyakit yang dialaminya. Selain itu dukungan keluarga juga berguna sebagai motivasi bagi penderita HIV/AIDS untuk menjalani hidupnya.²⁹

2.4.2. Aspek aspek dukungan keluarga

Dukungan keluarga merupakan suatu tindakan, sikap serta sebuah penerimaan dari setiap anggota keluarga terhadap penderita yang bersifat sukarela dan sosial. Menurut penelitian dari Ade tahun 2018 menjelaskan terdapat 4 dukungan keluarga yang diperlukan oleh

penderita HIV/AIDS yaitu dukungan konkret, emosional, informasi dan penghargaan.⁹

2.4.2.1 Dukungan Konkret

Dukungan konkret yaitu suatu bantuan yang dapat terlihat secara nyata berupa tingkah laku. Dukungan ini dapat berupa pemberian materi maupun non materi. Dukungan materi dapat berupa uang untuk membantu pengobatan pada penderita HIV/AIDS. Sedangkan dukungan non materi dapat berupa menjaga, merawat dan mengantar ketika akan melakukan terapi maupun pengobatan.⁹

2.4.2.2 Dukungan Emosional

Dukungan emosional yang diberikan oleh keluarga dapat berupa empati dan atau simpati pada anggota keluarga yang membutuhkannya yaitu dengan cara selalu menemani ketika mereka membutuhkannya. Dukungan ini dapat memberikan ketenangan dan kenyamanan kepada penderita HIV/AIDS, selain itu juga dukungan ini merupakan dukungan yang paling mudah diberikan.⁹

2.4.2.3 Dukungan Informasi

Dukungan informasi yaitu dukungan yang berbentuk saran dan atau nasihat yang umumnya lebih sulit untuk disampaikan kepada anggota keluarga yang membutuhkan. Jenis dukungan informasi dapat membuat penderita merasa lebih nyaman dan tenang.⁹

2.4.2.4 Dukungan Penghargaan

Dukungan penghargaan yaitu dukungan berupa pengakuan atas kemampuan atau keahlian yang dimiliki oleh penderita. Dukungan ini dapat dilakukan dengan cara anggota keluarga percaya akan kemampuan penderita serta memotivasinya untuk

menumbuhkan rasa percaya diri dan harga diri dalam menghadapi masalahnya.⁹

2.4.3. Pengukuran dukungan keluarga

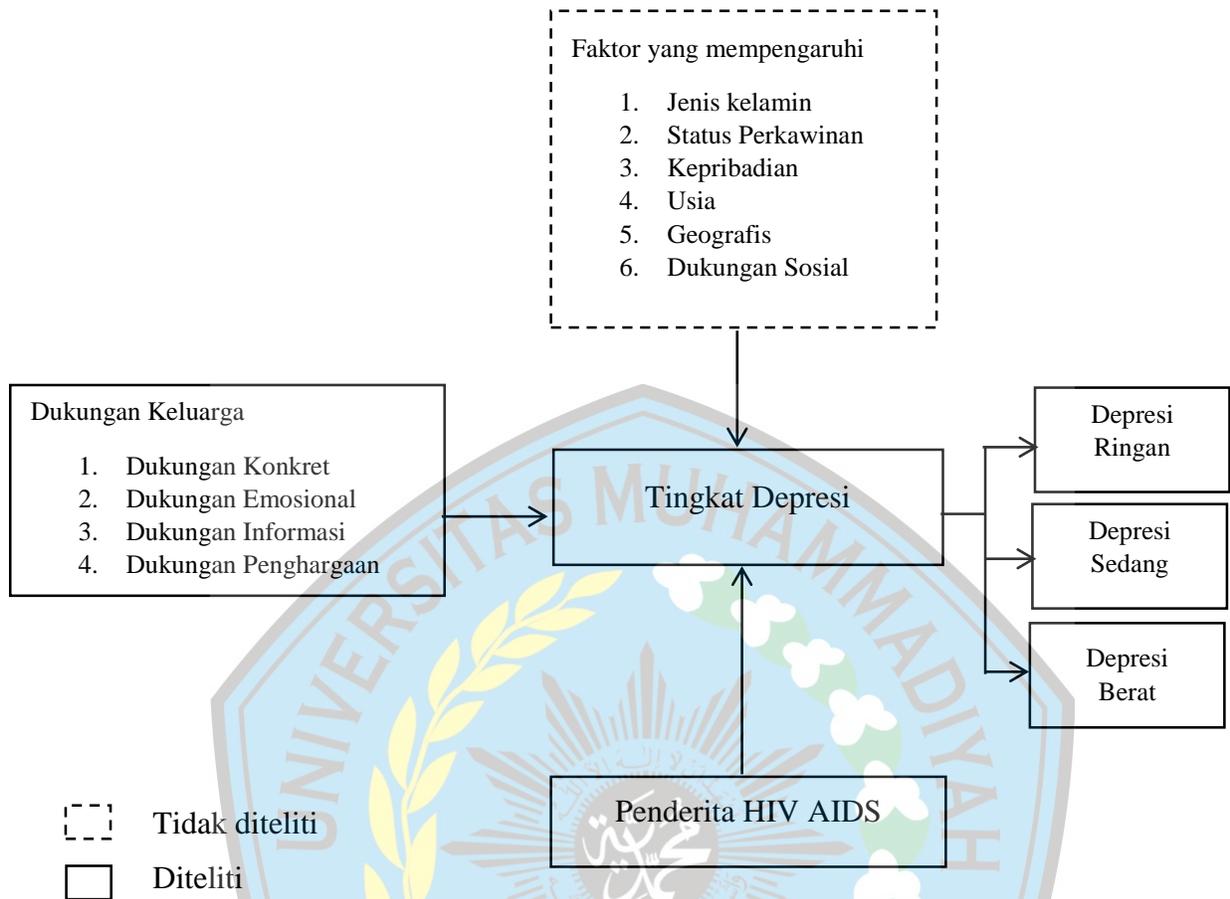
Pengukuran dukungan keluarga menggunakan kuesioner yang digunakan oleh Ade pada tahun 2018, yang diadaptasi dan dikembangkan dari teori Thomson mengenai dukungan keluarga. Aspek-aspek yang digunakan untuk mengukur dukungan keluarga adalah dukungan konkret, emosional, informasi dan penghargaan. Pada pengisian skala ini, responden diminta untuk menjawab pertanyaan yang ada dengan memilih salah satu jawaban dari beberapa alternatif jawaban yang tersedia. Skala ini menggunakan skala model likert yang terdiri dari 19 pernyataan dari empat alternatif jawaban yaitu 1= sangat tidak setuju, 2= tidak setuju, 3= setuju, 4= sangat setuju.⁹

2.5. Hubungan antar Variabel

Dukungan keluarga merupakan hal yang paling penting bagi seseorang untuk meningkatkan motivasi penderita dalam membangun respon efektif yang dapat mempengaruhi keadaan depresi yang timbul akibat rasa putus asa karena menderita penyakit HIV/AIDS. Selain itu membantu penderita dalam beradaptasi untuk menghadapi suatu perubahan dan dapat menurunkan tingkat depresi.¹⁰

Menurut penelitian Ade pada tahun 2018 menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dan kejadian depresi pada penderita HIV/AIDS. Dimana semakin tinggi dukungan keluarga yang diterima oleh penderita HIV/AIDS maka kecenderungan depresi yang dialami penderita semakin rendah. Dengan hasil $p=0.000$ yang berarti sangat signifikan.⁹

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

2.7 Hipotesa

Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada penderita HIV/AIDS

