

# BAB I

## PENDAHULUAN

### I.1 Latar Belakang

Penyakit HIV/AIDS ditemukan pertama kali di New York tahun 1981, diperkirakan telah mengakibatkan kematian lebih dari 25 juta orang di seluruh dunia (Uvikacansera, 2010). Angka penularan baru HIV diperkirakan abad ini berkisar antara 1,9 juta sampai dengan 2,4 juta orang dan diperkirakan 35 juta orang hidup dengan HIV di seluruh dunia. (UNAIDS 2014).

Fenomena AIDS dikenal dan menjadi isu di Indonesia pada awal Januari 1986, yakni dengan meninggalnya pasien dimana dilakukan pemeriksaan metode ELISA diketahui mengidap HIV/AIDS. Laporan Kementerian Kesehatan RI tentang HIV/AIDS di Indonesia pada triwulan III (dari bulan Juli sampai dengan September 2014) jumlah kasus dilaporkan sebanyak 7.335 orang. Jumlah kumulatif kasus AIDS tahun 1987 sampai dengan September 2014 dilaporkan sebanyak 55.799 orang. Persentase kumulatif AIDS tertinggi adalah umur 20-29 tahun (32,9%) diikuti dengan usia 30-39 tahun (28,5%) dan semakin kecil pada kelompok umur berikutnya sedangkan persentase penderita AIDS terbanyak adalah laki-laki (54%), perempuan (29,1%) dan sisanya tidak dilaporkan jenis kelaminnya (Ditjen P2PL, 2014).

Permasalahan tersebut menjadi perhatian dunia, terbukti dengan PBB membuat program memerangi HIV/AIDS dalam MDG`s yang merupakan target keenam. Program-program untuk mengurangi penyebaran HIV/AIDS di Indonesia sudah berjalan kurang lebih sudah 8 tahun sebelum program dari PBB itu muncul dan dikembangkan terus inovasi pencegahan penyebaran penyakit tersebut. Program pencegahan penularan dari jarum suntik yang disebut sebagai *harm reduction* mulai tahun 2006 ; tahun 2010 dilakukan pencegahan penularan melalui transmisi seksual (PMTS); pencegahan penularan dari ibu ke anak (PPIA) pada tahun 2011; pengembangan layanan komprehensif berkesinambungan (LKB) di

tingkat puskesmas pada tahun 2012; hingga terobosan paling baru yang disebut *strategic Use of ARV* (SUFA) dimulai pada pertengahan tahun 2013 (Mboi 2014).

HIV sebagai penyebab AIDS merupakan sejenis virus RNA yang tergolong *retrovirus*. Virus ini akan menyebabkan berkurangnya jenis sel darah putih (limfosit T *helper*) yang mengandung marker CD4 (sel T4). Limfosit T4 mempunyai pusat dan sel utama yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam menginduksi kebanyakan fungsi-fungsi kekebalan, sehingga kelainan-kelainan fungsional pada sel T4 akan menimbulkan gangguan-gangguan respon kekebalan tubuh (Price & Wilson 2006, hlm.224).

Partikel virus akan bergabung dengan DNA penderita, sehingga sekali seseorang terinfeksi, maka seumur hidup ia akan terus terinfeksi. Penderita yang sudah terinfeksi HIV, akan berkembang menjadi AIDS setelah 10 tahun (sekitar 50 %), setelah 13 tahun hampir semua orang yang terinfeksi HIV menunjukkan gejala AIDS dan kemudian meninggal (Sudoyo. Dkk 2007, hlm. 1825).

Permasalahan-permasalahan kesehatan yang muncul pada pasien HIV/AIDS tergantung pada derajat mana pasien berada. Sudoyo, dkk (2007 hlm. 1825) menyebutkan ada beberapa tahapan dimulai dari tahap 1 (periode jendela), dimulai saat virus masuk sampai terbentuknya antibodi terhadap HIV dalam darah. Muncul gejala seperti flu yang akan mereda atau menghilang dengan sendirinya. Tahap 2 (tahap tanpa gejala) rata-rata berlangsung 5 sampai 10 tahun. Tidak ada tanda-tanda khusus dan penderita tampak sehat namun bisa menularkan ke orang lain. Penderita akan jatuh pada tahap berikutnya, cepat atau lambat tergantung daya tahan tubuhnya. Tahap 3, merupakan tahapan pasien sudah menunjukkan gejala mengarah ke AIDS karena kekebalan semakin menurun seperti diare terus menerus, pembesaran limfe lebih dari satu tempat, demam. Tahap 4 (AIDS) sudah muncul infeksi oportunistik karena kekebalan tubuh sangat lemah. Tahap 3 dan 4 inilah pasien mulai mendatangi tempat pelayanan kesehatan dan pada tahap ini penyakit baru terdeteksi.

Permasalahan lain yang muncul selain masalah kesehatan tersebut adalah adanya stigma. Hal ini seringkali dikaitkan dengan perilaku *free sex*, homoseksual, dan penggunaan narkoba suntik sehingga mereka dianggap pantas mendapat hukuman akibat perbuatannya tersebut. Stigma juga muncul karena

kurangnya pemahaman terhadap penyakit ini. HIV/AIDS dianggap sebagai penyakit mematikan yang mudah sekali menular melalui kontak sosial biasa seperti bersalaman. Hal ini menyebabkan pasien dikucilkan dan mendapat perilaku diskriminatif (Purnama & Haryanti, 2006 dalam Kusuma 2011 hlm.3). Cichoki (2009) dalam Kusuma (2011 hlm. 4) menemukan dalam studinya bahwa pasien HIV/AIDS sangat rentan mengalami tanda dan gejala depresi mulai ringan hingga berat. Hasil penelitian deskriptif yang dilakukan oleh Yaunin, dkk (2013) dari jumlah kunjungan pasien HIV/AIDS pada periode Januari-September 2013 di Poli VCT RSUP Dr. M. Djamil adalah 49 orang, dengan 24 orang mengalami depresi (55,8 %), 2 orang diantaranya mengalami depresi berat dan 6 orang mengalami depresi sangat berat berdasarkan kuesioner *Hamilton Depression Rating Scale*.

Pendekatan yang dilakukan secara fisiologis dapat digambarkan bahwa keadaan stres yang menyebabkan depresi yang dialami pasien akan memodulasi sistem imun melalui jalur HPA (*Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical*) axis dan sistem limbik. Hipotalamus akan melepaskan neuropeptida yang mengaktifasi ANS (*Autonomic Nerve System*) dan hipofisis untuk mengeluarkan kortikosteroid dan katekolamin yang merupakan hormon-hormon yang bereaksi terhadap stres. Peningkatan kadar glukokortikoid akan mengganggu sistem imunitas yang menyebabkan pasien akan semakin rentan terhadap infeksi oportunistik (Gunawan & Sumadiono, 2007).

Penurunan kondisi fisik tersebut membuat seseorang tidak dapat berfungsi seutuhnya, tidak dapat menggunakan segenap kemampuan yang dimilikinya dan mengurangi kemungkinan seseorang untuk berfungsi efektif (Lubis, 2009). Infeksi HIV menimbulkan dampak bukan hanya fisik namun juga mental layaknya penyakit kronis lainnya. Dampak tersebut diantaranya gangguan pikiran, *mood*, maupun perilaku (Halman & Balderson, 2000 dalam Lipps. G. E, 2010). Seseorang yang mengalami depresi ditandai dengan hilangnya rasa senang atau ketertarikan terhadap hal-hal yang biasanya disukai. Kira-kira dua pertiga pasien depresi mengalami pikiran akan bunuh diri dan sekitar 10-15 % melakukan bunuh diri (Kaplan & Sadock, 2007). Gejala depresi ini dapat muncul sejak 1

bulan setelah didiagnosa HIV yang selanjutnya berkembang dan secara fluktuatif seiring perjalanan penyakit (Cichoki, 2009).

Iskandar (2008) berdasarkan penelitian kualitatif menemukan bahwa dari 6 orang pasien HIV/AIDS di Jakarta didapatkan keseluruhan informan mengalami gangguan psikopatologi depresi. Seseorang yang mengalami depresi tidak hanya berhubungan dengan penyakit kronis yang mempengaruhi kondisi fisiknya saja, namun dipengaruhi juga oleh faktor-faktor lain diantaranya jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, strategi koping, status ekonomi, komplikasi penyakit, serta dukungan keluarga (Kusuma, 2011 hlm. 38).

Kunjungan pasien di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta, pasien yang baru terdiagnosa HIV/ AIDS tidak pernah dikaji mengenai masalah psikososial padahal dari 4 pasien yang diwawancarai oleh peneliti, semuanya mengeluhkan adanya tanda-tanda yang mengarah ke depresi seperti merasa tak berdaya, susah tidur, merasa bersalah, dan tidak berharga, serta ketakutan menghadapi masa depan. Kondisi seperti ini tentunya sangat memerlukan dukungan orang terdekat. Pasien mengharapkan tetap adanya perhatian dan penghargaan dari keluarga terutama dalam keadaan sakit dan tidak membiarkan sendiri menghadapinya, menerima mereka tanpa melihat kembali masa lalu.

Penelitian Li, et al (2004) diketahui bahwa orang yang hidup dengan HIV/AIDS sangat membutuhkan bantuan dan dukungan dari keluarga karena penyakit ini bersifat kronis dan membutuhkan penanganan yang komprehensif. Nirmal, et al (2008) mengungkapkan bahwa dukungan keluarga dapat memberikan dampak positif terhadap peningkatan kualitas hidup penderita. Dukungan keluarga yang dapat diberikan bisa berpadu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dukungan instrumental, dan dukungan jaringan sosial (House, 2000 dalam Smet, 2004). 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 (Unnikrishnan B, et al, 2012).

Masalah-masalah pada pasien inilah menjadi peran perawat untuk menciptakan suasana penerimaan dan pemahaman terhadap penderita HIV/AIDS bagi keluarga (Bare & Smeltzer, 2005 hlm. 1574). Perawat dapat melakukan intervensi dengan cara memberdayakan keluarga untuk menjadi sistem penunjang yang efektif agar dapat senantiasa memberikan dukungan dan bantuan yang dibutuhkan oleh pasien sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Penelitian ini diharapkan bisa menjadi awal untuk pengkajian masalah-masalah psikososial pasien-pasien yang baru terdiagnosa HIV yang selama ini belum dilakukan di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta juga dapat mengungkap yang menjadi harapan-harapan pasien terhadap keluarga sehingga bisa diketahui. Iskandar (2008) menyebutkan bahwa dukungan yang dipersepsi dapat meramalkan keefektifan koping, penyesuaian diri, serta kesejahteraan fisik dan psikologis seseorang.

## **I.2 Perumusan Masalah**

Masalah psikososial (depresi) merupakan masalah yang dapat muncul pada penderita HIV/AIDS. Dukungan keluarga yang *non-supportif* menambah kemungkinan terjadinya hal tersebut. Dalam prakteknya, pasien yang terdiagnosis HIV/AIDS tidak dilakukan pengkajian keadaan psikososialnya. Selain itu, dukungan keluarga yang dirasakan oleh pasien tak terungkap. Berdasarkan fenomena tersebut, maka peneliti tertarik meneliti bagaimana hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pasien yang berobat di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta?

## **I.3 Tujuan Penelitian**

### **I.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien HIV/AIDS yang sedang berobat di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta.

### **I.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui karakteristik pasien dengan HIV/AIDS berdasarkan usia, status perkawinan, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, lama sakit, dan stadium penyakit;
- b. Mengetahui gambaran dukungan keluarga pada pasien dengan HIV/AIDS;
- c. Mengetahui gambaran tingkat depresi pada pasien dengan HIV/AIDS;
- d. Mengetahui hubungan antara usia dengan tingkat depresi pada pasien dengan HIV/AIDS;
- e. Mengetahui hubungan antara status perkawinan dengan tingkat depresi pada pasien dengan HIV/AIDS;
- f. Mengetahui hubungan antara jenis kelamin dengan tingkat depresi pada pasien dengan HIV/AIDS;
- g. Mengetahui hubungan antara pendidikan dengan tingkat depresi pada pasien dengan HIV/AIDS;
- h. Mengetahui hubungan antara pekerjaan dengan tingkat depresi pada pasien dengan HIV/AIDS;
- i. Mengetahui hubungan antara penghasilan dengan tingkat depresi pada pasien dengan HIV/AIDS;
- j. Mengetahui hubungan antara lama sakit dengan tingkat depresi pada pasien dengan HIV/AIDS;
- k. Mengetahui hubungan antara stadium penyakit dengan tingkat depresi pada pasien dengan HIV/AIDS.

### **I.4 Manfaat Penelitian**

#### **I.4.1 Bagi Pelayanan**

- a. Menambah pengetahuan dan kesadaran perawat tentang pentingnya memperhatikan aspek psikososial khususnya depresi pada penanganan pasien HIV/AIDS sehingga pelayanan yang diberikan semakin berkualitas dan profesional;
- b. Sebagai bahan acuan dalam mengembangkan intervensi keperawatan agar dapat berkontribusi positif pada pasien HIV/AIDS khususnya

masalah psikososial terutama depresi untuk meningkatkan kualitas hidup secara optimal.

#### **I.4.2 Bagi Pendidikan**

Hasil penelitian dapat menambah khasanah keilmuan keperawatan tentang hubungan dukungan keluarga dan tingkat depresi.

#### **I.4.3 Bagi Penelitian**

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar dalam melaksanakan penelitian lebih lanjut yang berkaitan dengan topik permasalahan yang sama.

