

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DEPRESI PADA PENDERITA HIV/AIDS (ODHA)

Eny Pujiati¹, Icca Narayani²

^{1,2}Dosen Akademi Keperawatan Krida Husada Kudus

Email:

enypujiati886@gmail.com

iccanarayani14@gmail.com

ABSTRAK

HIV/AIDS berdampak besar dalam kehidupan ODHA (Penderita HIV/AIDS). Dampak tersebut bisa dirasakan dari segi biologis, sosial, ekonomi serta psikologis. HIV/AIDS tidak hanya menurunkan kualitas fisik, tetapi juga mempengaruhi kesehatan mental penderitanya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada ODHA di Layanan VCT RSUD RA. Kartini Kabupaten Jepara. Desain penelitian menggunakan penelitian deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross-sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien HIV/AIDS yang menjalani rawat jalan di poliklinik VCT RSUD RA. Kartini Kabupaten Jepara dengan menggunakan metode *simple random sampling* sebanyak 78 sampel dengan kriteria inklusi yaitu didiagnosa HIV positif kurang dari 1 tahun, berusia lebih dari 18 tahun (kelompok usia dewasa), dapat membaca dan menulis, bersedia berpartisipasi dalam penelitian dan kooperatif. Pengumpulan data menggunakan kuesioner atau angket, Analisa data menggunakan uji statistik *Chi-Square* dan dilakukan secara univariat dan bivariat. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan depresi pada penderita HIV/AIDS berdasarkan pendidikan, status marital, penghasilan, stadium penyakit dan dukungan sosial dengan, nilai *p value* $\alpha < 0,05$. Tidak terdapat hubungan depresi pada penderita HIV/AIDS berdasarkan umur dan jenis kelamin, nilai *p value* $\alpha > 0,05$.

Kata Kunci: Depresi, ODHA(Penderita HIV/AIDS).

ABSTRACT

HIV/AIDS has a major impact on the lives of PLWHA (HIV/AIDS Patients). These impacts can be felt in terms of biological, social, economic and psychological. HIV/AIDS not only reduces the physical quality, but also affects the mental health of the sufferer. This study aims to determine the factors associated with the incidence of depression in people living with HIV in the VCT service of RSUD RA. Kartini, Jepara Regency. The research design used a descriptive correlation research with a cross-sectional approach. The population in this study were all HIV/AIDS patients who underwent outpatient treatment at the VCT polyclinic of RSUD RA. Kartini, Jepara Regency, using a simple random sampling method with 39 samples with inclusion criteria, namely being diagnosed as HIV positive less than 1 year old, over 18 years old (adult age group), able to read and write, willing to participate in research and cooperative. Collecting data using questionnaires or questionnaires, data analysis using Chi-Square statistical tests and carried out univariate and bivariate. The results showed that there was a relationship between depression in HIV/AIDS sufferers based on education, marital status, income, disease stage and social support with p value

<0.05. There is no relationship between depression in HIV/AIDS sufferers based on age and gender, p value > 0.05.

Keywords: *Depression, PLWHA (HIV/AIDS Patients)*

LATAR BELAKANG

Penyakit HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius di seluruh dunia termasuk Indonesia (Andri et al., 2020; Sididi et al., 2020). Pada akhir tahun 2017, menurut WHO (*World Health Organization*) terdapat 36,9 juta penderita HIV dengan 1,8 juta penderita infeksi baru. Tahun 2018 terdapat 37,9 juta orang di dunia terinfeksi HIV, 770.000 orang meninggal, dan sebanyak 21% penderita HIV tidak mengetahui tentang penyakitnya. Di Asia Pasifik sebanyak 5,9 juta orang penderita HIV, dan sebanyak 200.000 ODHA (orang dengan HIV/AIDS) meninggal. Di Indonesia tahun 2017 terdapat 27.975 orang terinfeksi HIV dan 9.280 AIDS (Kemenkes RI, 2018). Indonesia menempati urutan ke-3 tertinggidi Asia Pasifik setelah Afghanistan dan Bangladesh (UNAIDS, 2019).

HIV/AIDS berdampak besar dalam kehidupan ODHA. Dampak tersebut bisa dirasakan dari segi biologis, sosial, ekonomi serta psikologis. HIV/AIDS tidak hanya menurunkan kualitas fisik, tetapi juga mempengaruhi kesehatan mental penderitanya. ODHA dengan tahap infeksi HIV positif, kondisi fisik yang tidak stabil dan cenderung menurun diikuti dengan berbagai gejala fisik seiring dengan perjalanan penyakit serta tekanan sosial yang begitu hebat yang didapat dari lingkungan dapat menjadi sumber depresi pada ODHA.

Stigma dan diskriminasi masyarakat terhadap orang dengan HIV/AIDS (ODHA) berkembang secara luas, berakibat memburuknya kondisi ODHA baik fisik maupun psikologis (Sarkar et al., 2019). Banyak ODHA menginternalisasi stigma terhadap dirinya, menarik diri dari interaksi sosial dan menganggap sakit HIV yang dideritanya merupakan kondisi negatif,

yang dimanifestasikan dalam bentuk perilaku negatif (Syahrina & Pranata, 2018; Purwandari et al., 2019). Hal ini sejalan dengan penelitian Lin et al., (2017) di Singapura bahwa ODHA yang memaknai sakit negatif cenderung menarik diri dari kehidupan sosial dan merasa malu yang berlebihan (Lin et al., 2017; Andri et al., 2020).

Efek progresifitas penyakit HIV/AIDS dapat menginfeksi sistem saraf pusat sehingga mengganggu keseimbangan neurotransmitter (dopamine, serotonin, norepinefrin, dll). Dalam perjalanan penyakitnya, penderita HIV/AIDS bisa mengalami gangguan-gangguan psikiatri seperti misalnya depresi, skizofrenia, gangguan bipolar, penyalahgunaan zat serta diagnosis psikiatri lain yang kemudian berhubungan dengan hal-hal lainnya seperti efek samping pengobatan serta stigma dan diskriminasi yang diterima dari masyarakat (Wicaksono *et al.*, 2018). Penderita HIV positif bisa mengalami gangguan endokrin dan medis yang dapat menyebabkan gangguan mood. Beberapa obat memiliki efek samping yang dapat menyebabkan depresi dan gejala psikologis lainnya. Menurut Do *et al.* (2014), prevalensi depresi pada orang yang terinfeksi HIV tiga kali lebih tinggi dibandingkan dengan populasi pada umumnya. ODHA dalam pengobatannya beresiko merasakan depresi karena harus menjalani pengobatan seumur hidup, ditambah dengan keadaan sosial dan keluarga yang tidak mendukung.

Depresi adalah keluhan psikiatri paling umum yang berhubungan dengan penderita HIV/AIDS. Tingkat depresi pada ODHA lebih tinggi dua kali dibandingkan populasi pada umumnya. Sakit secara emosional dan fisik yang dirasakan pada fase depresi berhubungan dengan penurunan kepatuhan pengobatan antiretroviral dan memperparah penyakit HIV/AIDS itu sendiri (Halman, 2006). Selanjutnya bagi ODHA yang telah memasuki tahap AIDS, kondisi kesehatan akan semakin memburuk dan menyebabkan ia tergantung dengan orang lain dan menjalani perawatan di rumah sakit menyebabkan mereka kehilangan kontak sosial yang biasa ditemui dirumah. (Kusuma, 2011).

Pada ODHA yang maladaptif kadar kortisol dalam darah akan meningkat sehingga menghambat respon imun seluler dan humoral. *Apoptosis* tidak terjadi menyebabkan virus mengalami proliferasi dan terjadi penyebaran dengan sangat cepat. Beberapa penelitian mengatakan gangguan fungsi imun seseorang yang disebabkan karena gangguan emosi dapat dibuktikan dengan menurunnya jumlah leukosit, gangguan respon imun dan menurunnya sel NK (Kusuma, 2011; Muñoz- Moreno, 2012). Robinson mengatakan keadaan stres yang berlebihan pada pasien depresi berperan penting terhadap perkembangan penyakit ODHA yaitu dapat mempercepat terjadinya replikasi virus dan menekan respon klien sehingga dapat memperpendek periode HIV tanpa gejala dan mempercepat perjalanan penyakit (Robinson, et al, 2003).

Penelitian yang dilakukan oleh Bhatia & Munjal (2014) melaporkan bahwa prevalensi depresi pada penderita HIV yang sedang menjalani pengobatan ARV adalah 58.75% dan penderita yang tidak bekerja, tidak berpendidikan, tidak menikah, berpendapatan rendah, dukungan sosial rendah dan telah mengunjungi pekerja sex komersial memiliki prevalensi

depresi yang lebih besar. Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan oleh Duko et al., (2019), prevalensi gangguan mental pada ODHA sebesar 32.7% dan ditemukan bahwa wanita, janda, merasakan stigma negatif mengenai HIV, memiliki riwayat gangguan jiwa sebelumnya dan dukungan sosial yang rendah secara signifikan berhubungan dengan gangguan mental umum seperti depresi, kecemasan dan gangguan *somatoform*. Prevalensi depresi lebih tinggi pada perempuan, buta huruf, dan pasien HIV yang menganggur. Selain itu, mereka dua kali berisiko menderita depresi. Mereka yang tidak memiliki pasangan tiga kali lebih berisiko untuk menderita depresi. Depresi secara signifikan lebih umum pada pasien yang termasuk dalam kelas sosial ekonomi rendah (50,7%) daripada mereka yang termasuk kelas sosial ekonomi menengah dan atas (30,4%) (Deshmukh, 2017).

Berdasarkan masalah yang telah dipaparkan tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Depresi pada Penderita HIV/AIDS (ODHA) di Layanan VCT RSUD RA. Kartini Kabupaten Jepara”.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian menggunakan penelitian deskriptif korelasi yaitu, rancangan penelitian yang bertujuan untuk mengkaji, menjelaskan, memperkirakan dan menguji suatu hubungan antara variabel berdasarkan teori yang ada tanpa adanya suatu intervensi dari peneliti (Nursalam, 2011). Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross-sectional* yang menekankan pada proses pengambilan data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada waktu yang sama. Tempat penelitian dilaksanakan di poliklinik VCT RSUD. RA. Kartini Kabupaten Jepara, pada bulan Desember 2019. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien HIV/AIDS yang menjalani rawat jalan di poliklinik VCT RSUD RA. Kartini Kabupaten Jepara dengan menggunakan metode *simple random sampling* sebanyak 78 sampel dengan kriteria inklusi yaitu didiagnosa HIV positif kurang dari 1 tahun, berusia lebih dari 18 tahun (kelompok usia dewasa), dapat membaca dan menulis, bersedia berpartisipasi dalam penelitian dan kooperatif.

Pengumpulan data menggunakan kuesioner atau angket, terdiri dari pertanyaan terkait depresi yang mengacu pada aspek yang berhubungan dengan data demografi, dukungan sosial dan stadium penyakit. Kuesioner terdiri dari tiga bagian yaitu data demografi (kuesioner A), depresi (kuesioner B) dan kuesioner dukungan sosial (kuesioner C). Kuesioner A untuk mengetahui data demografi meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, status marital dan penghasilan.

Kuesioner B adalah kuesioner yang digunakan untuk mengukur depresi yaitu *The Beck Depression Inventory (BDI) II*, meliputi 21 pertanyaan *multiple choice self-reported inventory*. Setiap pertanyaan bernilai skor 0 hingga 3 dan penentuan tingkat depresi dibagi menjadi empat tingkatan yaitu 0-13 depresi minimal; 14-19 depresi ringan; 20-28 depresi sedang dan 29-63 depresi berat. Alat ukur ini telah diuji dengan teknik *koefisien alpha cronbach* dengan reabilitas $r = 0.91$. Pada penelitian ini alat ukur dilakukan uji kembali untuk mengetahui atau menyesuaikan alat ukur dengan responden. Uji coba dilakukan dari 21

pertanyaan terdapat 16 pertanyaan yang valid. Skor berentang 0 hingga 48 yang dikategorikan 0-11 tidak depresi dan 12-48 depresi.

Kuesioner C mengkaji dukungan sosial berdasarkan *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS), terdiri dari 19 item pertanyaan yang mewakili 4 subvariabel dukungan sosial meliputi 8 item dukungan emosional atau informasi (item 1-8), 4 item dukungan sosial yang nyata (item 9-12), 3 item dukungan kasih sayang (item 13-15) dan 3 item dukungan interaksi sosial yang positif (item 16-19). Skor total berentang antara 0 hingga 76 yang dikategorikan dengan hasil kurang dari 38 adalah *non-supportif* dan lebih dari atau sama dengan 38 adalah *supportif*. Alat ukur ini telah diuji dengan tehnik *koefisien alpha cronbach* dengan reabilitas $r = 0.91$. Pada penelitian ini alat ukur dilakukan uji kembali untuk mengetahui atau menyesuaikan alat ukur dengan responden. Uji coba dilakukan dari 19 pertanyaan terdapat 14 pertanyaan yang valid. Skor total berentang antara 0 hingga 56 yang dikategorikan dengan hasil kurang dari 28 adalah *non-supportif* dan lebih dari atau sama dengan 28 adalah *supportif*.

Analisa data menggunakan uji statistik *Chi-Square*. Dilakukan dua tahap analisa, yaitu analisa univariat dan analisa bivariat. Analisis univariat untuk mendeskripsikan karakteristik variabel dan bentuknya tergantung dari jenis datanya. Untuk data numerik dengan menghitung nilai *mean* (rata-rata), median, standar deviasi, serta nilai minimum dan maksimum. Sedangkan data kategorik dengan menghitung frekuensi dan presentasi masing-masing kelompok (Notoatmodjo, 2010). Data numerik dalam penelitian ini adalah umur sedangkan untuk data kategorik meliputi depresi, dukungan sosial, jenis kelamin, pendidikan, status marital, penghasilan dan stadium penyakit. Analisa Bivariat untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yaitu variabel *independent* dan *dependent*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. ANALISIS UNIVARIAT

1. Depresi

Tabel 1

Distribusi depresi pada penderita HIV/AIDS

| Variabel | Jumlah | Persentase |
|----------------|--------|------------|
| Depresi ringan | 54 | 69,3 |
| Depresi sedang | 14 | 17,9 |
| Depresi berat | 10 | 12,8 |
| Jumlah | 78 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan hasil analisis terhadap distribusi depresi diketahui sebanyak 78 responden mengalami depresi dan terbagi menjadi 54

responden (69,3%) depresi ringan, 14 orang responden (17,9%) mengalami depresi sedang dan sebanyak 10 responden (12,8%) depresi berat.

Hasil penelitian seluruh responden mengalami depresi, baik depresi ringan, sedang maupun berat. ODHA dengan tahap infeksi HIV positif, kondisi fisik yang tidak stabil dan cenderung menurun diikuti dengan berbagai gejala fisik seiring dengan perjalanan penyakit serta tekanan sosial yang begitu hebat yang didapat dari lingkungan dapat menjadi sumber depresi pada ODHA. Stigma dan diskriminasi masyarakat terhadap orang dengan HIV/AIDS berkembang secara luas, berakibat memburuknya kondisi ODHA baik fisik maupun psikologis (Sarkar et al., 2019).

Pada beberapa literatur dikatakan bahwa hubungan antara depresi dengan HIV/AIDS merupakan hubungan yang sangat kompleks. Disatu sisi depresi dapat timbul karena penyakit HIV/AIDS itu sendiri, di sisi lain depresi yang timbul akan lebih memperberat perjalanan penyakit HIV/AIDS itu sendiri (Angelino, 2002). Pada depresi lebih banyak terjadi pada orang yang menderita penyakit kronik, dimana orang dengan penyakit kronik mempunyai resiko 4 kali dari pada orang sehat untuk mengalami depresi (Anderson, 2001). Beberapa cara penanganan yang dapat dilakukan yaitu pendekatan psikoterapeutik baik terapi individu maupun kelompok dapat menjadi efektif. Terapi individu dapat bersifat jangka pendek maupun jangka panjang dan dapat berupa supportif, kognitif, perilaku atau psikodinamik.

2. Karakteristik responden berdasarkan umur

Karakteristik umur merupakan data numerik dan dianalisis untuk mendapatkan nilai mean, median, minimum dan maksimum serta standar deviasi.

Tabel 2
Distribusi Umur pada Penderita HIV/AIDS

| Variabel | Kategori Umur | Frekuensi | Mean | Median | SD | Min-Maks |
|----------|---------------|-----------|-------|--------|--------|----------|
| Umur | 19-40 tahun | 52 | 36,13 | 36,00 | 10,519 | 21-62 |
| | 41-60 tahun | 22 | | | | |
| | >60 tahun | 4 | | | | |

Tabel 2 diatas menunjukkan bahwa rata-rata umur pasien adalah 36,13 tahun. Rentang umur paling muda pada pasien HIV/AIDS adalah 21 tahun dan paling tua 62 tahun. Frekuensi umur 19-40 tahun paling banyak yaitu 52 orang.

Rata-rata umur responden dalam penelitian ini berada pada umur dewasa muda. Pada usia dewasa muda merupakan masa dimana seseorang akan mencari tempat dalam dunia kerja dan dunia hubungan sosial untuk membentuk struktur kehidupan yang stabil, yakin dan mantap menemukan tempatnya dalam masyarakat serta impian yang ada mulai mencapai kenyataan (puncak masa dewasa). Berdasarkan laporan Ditjen PPPL Kemenkes RI menyatakan bahwa di Indonesia paling banyak cara penularan HIV melalui hubungan seksual (heteroseksual) dan paling banyak terjadi pada umur dewasa muda.

3. Karakteristik responden berdasarkan data kategorik (jenis kelamin, pendidikan, status marital, penghasilan, stadium penyakit dan dukungan sosial).

Tabel 3
Distribusi frekuensi karakteristik penderita HIV/AIDS yang mengalami depresi

| Variabel | Jumlah | Persentase (%) |
|----------------------|--------|----------------|
| Pria | 70 | 89,7 |
| Wanita | 8 | 10,3 |
| Pendidikan | | |
| Tinggi | 36 | 46,2 |
| Rendah | 42 | 53,8 |
| Status marital | | |
| Kawin | 28 | 35,9 |
| Tidak kawin | 50 | 64,1 |
| Penghasilan | | |
| Tinggi | 48 | 61,5 |
| Rendah | 30 | 38,5 |
| Stadium penyakit | | |
| Stadium awal | 22 | 28,2 |
| Stadium lanjut | 56 | 71,8 |
| Dukungan sosial | | |
| <i>Non supportif</i> | 30 | 38,5 |
| <i>Supportif</i> | 48 | 61,5 |

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa karakteristik variabel kategorik diketahui sebanyak 70 responden HIV/AIDS (89,7%) berjenis kelamin pria. Sebanyak 42 respondenn (53,8%) berpendidikan rendah. 50 responden (64,1%) memiliki status marital tidak kawin. Sebanyak 48 (61,5%) responden berpenghasilan tinggi. Sebanyak 56 responden (71,8%) berada dalam stadium

lanjut penyakit HIV/AIDS dan sebanyak 48 responden (61,5%) memiliki dukungan sosial *supportif*.

1) Jenis kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jenis kelamin responden yang paling banyak dalam penelitian ini adalah pria. Hasil ini sesuai dengan jumlah penderita terbesar di pusat AIDS International Fakultas Kesehatan Universitas Harvard Amerika Serikat. Hasil penelitian senada dengan hasil-hasil penelitian sebelumnya diantaranya penelitian Kusuma (2010) yang mendapatkan mayoritas responden berjenis kelamin pria. Dari hasil ini dapat dilihat laki-laki lebih rentan terkena infeksi HIV/AIDS, karena berdasarkan cara penularan laki-laki lebih banyak terpapar dengan kejadian infeksi HIV/AIDS yaitu melalui tiga cara utama meliputi heteroseksual, IDU (*Injecting Drug User*) dan homoseksual. Sedangkan wanita umumnya terpapar hanya dari cara penularan heteroseksual (seksual atau tertular dari suami).

2) Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan responden yang terbanyak adalah pendidikan rendah. Paminto (2007) menyatakan tingkat pendidikan paling banyak terjadi depresi yaitu pada orang yang mempunyai tingkat pendidikan rendah dimana pada tingkat pendidikan rendah kurang memahami informasi mengenai perawatan penyakitnya sehingga pasien kurang dapat mengontrol penyakitnya. Begitu juga dengan penelitian kusuma yang respondennya mayoritas berpendidikan tinggi.

3) Status marital

Distribusi status marital responden paling banyak dalam penelitian ini adalah tidak kawin (belum kawin, janda, duda). Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Kusuma (2011) yang mayoritas tidak kawin, serta penelitian yang dilakukan oleh Nojomi, Anbary dan Ranjbar (2008) namun jumlahnya lebih signifikan. Begitu juga dengan penelitian Greeff, et al (2009). Perbedaan ini kemungkinan besar disebabkan oleh perbedaan jumlah sampel dalam penelitian. Dari literatur dikatakan bahwa gangguan depresi sering dialami individu yang tidak memiliki hubungan interpersonal yang erat atau yang bercerai dibandingkan dengan kawin. Status perceraian menempatkan seseorang pada resiko lebih tinggi untuk menderita depresi dan depresi lebih sering pada orang yang tinggal sendiri dibandingkan dengan yang tinggal bersama kerabat lainnya.

4) Penghasilan

Distribusi penghasilan responden paling banyak dalam penelitian ini adalah penghasilan tinggi. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Kusuma mayoritas penghasilan tinggi. Namun hasil ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Oluwagbemina (2007) dimana responden berpenghasilan rendah lebih banyak. Perbedaan ini kemungkinan besar disebabkan oleh karena saat ini pada keluarga yang hidup di kota besar seperti Jakarta kebanyakan individu tidak hanya berfokus pada satu mata pencaharian sehingga pendapatan yang diterima dapat mencukupi kebutuhan atau melebihi UMR.

5) Stadium penyakit

Distribusi stadium penyakit responden paling banyak dalam penelitian ini adalah stadium lanjut. Hasil ini sesuai dengan penelitian Ciesla dan Roberts (1997) dalam Saragih (2008), yang mengemukakan bahwa orang dengan HIV positif, kemungkinan hampir dua kali lebih banyak di diagnosa dengan depresi berat dan orang dengan HIV somatik dan asimtomatik umumnya mengalami depresi. Hal senada dikemukakan pula oleh Kusuma (2011) dalam penelitiannya yang menjelaskan bahwa HIV/AIDS terbanyak pada stadium lanjut. Begitu pula dengan penelitian Saragih yang mayoritas terjadi pada pasien dengan stadium lanjut.

6) Dukungan sosial

Distribusi dukungan sosial responden paling banyak dalam penelitian ini adalah *supportif*. Dukungan *non supportif* hampir mendekati separuh dari responden yang mengalaminya. Hasil ini menunjukkan pada HIV/AIDS masih banyak prasangka buruk dan diskriminasi dari orang lain yang kemudian dapat menimbulkan tekanan psikologis, hal tersebut di sebabkan oleh adanya stigma buruk masyarakat terhadap HIV/AIDS. Depresi dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain kurangnya dukungan dari masyarakat yaitu adanya stigma buruk masyarakat terhadap HIV AIDS yang dapat menimbulkan rasa malu pada ODHA (Li Li,dkk, 2009). Serta kurangnya pemahaman keluarga dan masyarakat mengenai HIV AIDS akan menambah buruk situasi yang dialami penderita HIV AIDS. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Kusuma (2011) yang menjelaskan bahwa dukungan sosial *non supportif* memiliki nilai terbanyak.

B. ANALISIS BIVARIAT

Tabel 4

Hubungan antara jenis kelamin, pendidikan, status marital, penghasilan, Stadium penyakit, dukungan sosial dengan depresi

| | Ringan | | Sedang | | Berat | | Total | | |
|---------------|--------|------|--------|------|-------|------|-------|-----|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Jenis Kelamin | | | | | | | | | |
| Pria | 50 | 64,1 | 12 | 15,4 | 8 | 10,3 | 70 | 100 | 0,645 |
| Wanita | 4 | 5,1 | 2 | 2,6 | 2 | 2,6 | 8 | | |
| Pendidikan | | | | | | | | | |
| Tinggi | 32 | 41,0 | 2 | 2,6 | 2 | 2,6 | 36 | 100 | 0,047 |
| Rendah | 22 | 28,2 | 12 | 15,4 | 8 | 10,3 | 42 | | |
| Status M. | | | | | | | | | |
| Kawin | 15 | 19,2 | 8 | 10,3 | 5 | 6,4 | 28 | 100 | 0,044 |
| Tidak kawin | 42 | 53,8 | 4 | 5,1 | 4 | 5,1 | 50 | | |
| Penghasilan | | | | | | | | | |
| Tinggi | 40 | 51,3 | 2 | 2,6 | 6 | 7,7 | 48 | 100 | 0,015 |
| Rendah | 14 | 17,9 | 12 | 15,4 | 4 | 5,1 | 30 | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------------|----|------|----|------|---|------|----|-----|-------|
| Stadium P | | | | | | | | | |
| Awal | 10 | 12,8 | 4 | 5,1 | 8 | 10,3 | 22 | 100 | 0,019 |
| Lanjut | 44 | 56,4 | 10 | 12,8 | 2 | 2,6 | 56 | | |
| D. Sosial | | | | | | | | | |
| <i>N.supportif</i> | 14 | 17,9 | 8 | 10,3 | 8 | 10,3 | 30 | 100 | 0,039 |
| <i>Supportif</i> | 40 | 51,3 | 6 | 7,7 | 2 | 2,6 | 48 | | |
| Umur | | | | | | | | | |
| 19-40 tahun | 42 | 53,8 | 6 | 7,7 | 4 | 5,1 | 52 | 100 | 0,088 |
| 41-60 tahun | 8 | 10,3 | 8 | 10,3 | 6 | 7,7 | 22 | | |
| >60 tahun | 4 | 5,1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | | |

Hasil analisis terdapat hubungan antara pendidikan, status marital, penghasilan, stadium penyakit dan dukungan sosial dengan depresi, nilai $p\ value < \alpha 0,05$. Hasil analisis tidak terdapat hubungan antara umur dan jenis kelamin dengan depresi, nilai $p\ value > \alpha 0,05$.

1. Hubungan umur dengan depresi

Hasil analisis hubungan antara umur dengan depresi diperoleh responden paling banyak berusia dewasa awal yang mengalami depresi ringan, diikuti dewasa madya dan dewasa akhir. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan depresi responden. Secara umum bertambahnya usia seseorang mempengaruhi kualitas hidupnya, hal ini dikarenakan oleh perubahan fisik, sosial dan psikologis, namun pada kasus HIV/AIDS depresi tidak dipengaruhi oleh umur, hal ini di karenakan diagnosa HIV itu sendiri sudah menjadi *stressor* yang mempengaruhi seluruh aspek dalam kehidupan pasien sehingga depresi tidak terbatas pada usia tua bahkan dapat terjadi pada usia yang lebih muda. Hal ini sejalan dengan penelitian Saragih (2009) yang menyebutkan bahwa umur tidak berhubungan dengan depresi. Pada penelitian Nojomi, Anbary dan Ranjbar (2008) ternyata umur tidak berpengaruh pada pada depresi.

2. Hubungan jenis kelamin dengan depresi

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dengan depresi diperoleh responden berjenis kelamin pria yang mengalami depresi ringan paling banyak dan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan depresi responden. Hal ini diperkuat oleh penelitian Saragih (2008) yang memaparkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dan depresi pada pasien HIV/AIDS.

3. Hubungan pendidikan dengan depresi

Hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan depresi diperoleh responden dengan tingkat pendidikan tinggi yang mengalami depresi ringan. Terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan depresi. Greeff. et al. (2009) mendapatkan bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi depresi. Peneliti lainnya Kusuma (2011) menyebutkan ada hubungan antara pendidikan dan depresi. Menurut peneliti pasien HIV/AIDS dengan tingkat pendidikan tinggi akan mempunyai kemampuan kognitif yang baik untuk mencari dan memahami informasi mengenai perawatan penyakitnya sehingga pasien dapat mengontrol penyakitnya. Selain itu pasien dengan pendidikan tinggi juga lebih dapat mengembangkan mekanisme koping konstruktif dalam menghadapi *stressor*.

4. Hubungan status marital dengan depresi

Hasil analisis hubungan antara status marital dengan depresi diperoleh responden dengan status marital tidak kawin yang mengalami depresi ringan, terdapat hubungan yang bermakna antara status marital dengan depresi. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakuka oleh Nojomi, Anbary, dan Ranjbar (2008), dimana status marital merupakan faktor yang signifikan terhadap depresi. Pasien HIV/AIDS dengan status menikah akan mempunyai harga diri yang lebih tinggi serta mempunyai sumber kekuatan yang adekuat dari pasangannya sehingga dapat mengendalikan *stressor*. Dengan keberadaan pasangan yang selalu mendampingi dan memberikan bantuan ataupun dukungan pada pasien yang terkait dengan masalah kondisi kesehatannya maka pasien lebih optimis dalam menghadapi kehidupan dan akan mempengaruhi kejadian depresi pada pasien.

5. Hubungan penghasilan dengan depresi

Hasil analisis menyatakan bahwa orang yang berpenghasilan tinggi cenderung mengalami depresi ringan. Hal ini menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara penghasilan dengan depresi responden. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Worthington & Krents (2005) yang melaporkan bahwa penghasilan merupakan faktor yang signifikan mempengaruhi depresi, dimana orang yang memiliki pendapatan yang mencukupi kebutuhannya akan terhindar dari depresi. Penderita yang mempunyai penghasilan yang cukup dapat menjangkau untuk memenuhi kebutuhan hidupnya tidak hanya menunjang kebutuhan hidup sehari-hari namun juga biaya pengobatan yang diperlukan terkait penyakit sehingga dapat menjaga derajat kesehatannya (Oluwagbemiga, 2007).

6. Hubungan stadium penyakit dengan depresi

Hasil analisis diperoleh bahwa responden dengan stadium lanjut yang mengalami depresi ringan paling banyak. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara stadium penyakit dengan depresi responden. Penderita yang berada pada tahap lanjut lebih mengalami penurunan derajat kesehatan karena menderita berbagai komplikasi penyakit baik infeksi maupun keganasan dan berdampak terhadap kualitas hidupnya. Komplikasi fisik penyakit yang dapat terjadi pada pasien HIV/AIDS akan menyebabkan perubahan pada siklus hidupnya seperti kehilangan pekerjaan, aktifitas sosial, tidak bisa produktif serta kurang mampu mencapai hasil atau harapan yg diinginkan. Sehingga dampak dari perubahan tersebut akan menyebabkan gangguan mood termasuk depresi, kecemasan, gangguan bipolar, skizofrenia dan gangguan kepribadian.

7. Hubungan dukungan sosial dengan depresi

Hasil analisis didapatkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan sosial dengan depresi responden. Masyarakat sosial merupakan unit yang dekat dengan pasien. Masyarakat sosial menjadi unsur penting dalam kehidupan seseorang karena setiap harinya saling berhubungan dan saling ketergantungan. Apabila pasien kurang mendapatkan dukungan sosial dari masyarakat maka pasien tidak dapat berinteraksi, cenderung menyendiri dan memikirkan penyakit yang dirasakan akibatnya akan menyebabkan kejadian depresi pada pasien. Perawat berkesempatan untuk menciptakan suasana penerimaan dan pemahaman masyarakat sosial. Perawat dapat melakukan intervensi dengan cara memberdayakan orang-orang terdekat pasien dalam hal ini masyarakat sosial untuk menjadi *support system* yang efektif agar dapat senantiasa memberikan dukungan dan bantuan yang dibutuhkan sehingga dapat mengurangi kejadian depresi.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan, status marital, penghasilan, stadium penyakit, dan dukungan sosial dengan depresi. Tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan umur dengan depresi.

Saran

1. Peneliti

Sebagai dasar bagi penelitian selanjutnya mengenai depresi dan faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi pada penderita HIV/AIDS dalam konteks asuhan keperawatan.

2. Pendidikan

Meningkatkan khasanah keilmuan keperawatan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan HIV/AIDS. Selanjutnya hal tersebut dapat menjadi informasi dasar dalam penyusunan kurikulum pembelajaran yang tepat mengenai masalah psikososial dalam konteks asuhan keperawatan pada HIV/AIDS pada jenjang pendidikan keperawatan.

3. Pelayanan

Perlu meningkatkan peranan dokter dan perawat baik di poli klinik atau di bangsal untuk lebih merespon adanya gejala-gejala depresi pada penderita HIV/AIDS.

DAFTAR PUSTAKA

- Andri, J., Ramon, A., Padila, P., Sartika, A., & Putriana, E. (2020). Pengalaman Pasien ODHA dalam Adaptasi Fisiologis. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 2(2), 127–141. <https://doi.org/10.31539/joting.v2i2.1397>.
- Anderson, R.J. (2001). *The prevalence of comorbid depression in adult with diabetes*. <http://www.care.hiv/aidsjournal.com>.
- Angelino, F. A. (2002). *Depression & adjustment disorder in patients with HIV disease perspective*. International journal.
- Andri, J., Ramon, A., Padila, P., Sartika, A., & Putriana, E. (2020). Pengalaman Pasien ODHA dalam Adaptasi Fisiologis. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 2(2), 127–141. <https://doi.org/10.31539/joting.v2i2.1397>
- Bathia, M.S., & Munjal, S. 2014. Prevalence of Depression in People Living with HIV/AIDS Undergoing ART and Factors Associated with it. *Journal of Clinical & Diagnostic Research* 8(10). [Serial Online]. Diakses dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4253251/>
- Do, A. N. *et al.* (2014) 'Excess burden of depression among HIV-infected persons receiving medical care in the United States: Data from the medical monitoring project and the behavioral risk factor surveillance system', *PLoS ONE*, 9(3). doi: Halman, M. (2006) 'Management of depression associated with HIV / AIDS and anti retroviral therapy', 17(December), pp. 5–10.
- Kemendes RI. (2018). *InfoDatin-HIV-AIDS-2018* (p. 12)
- Kusuma, H. 2011. Hubungan Antara Depresi dan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS yang Menjalani Perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta. Tesis. Universitas Indonesia. [Serial Online]. Diakses dari <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20282772-T-Henni%20Kusuma.pdf>
- Lin, Y. C., Dhaliwal, J. S., Kong, A. Z. H., Chan, L. G., & Tan, P. L. L. (2017). HIV-Related Stigma as Perceived by HIV-Positive Individuals in Singapore. *HIV & AIDS Review*, 3(3), 176–182. <https://doi.org/10.5114/hivar.2017.70711>

- Moosa, M.Y.H., & Jeenah, F.Y. 2012. Treating Depression in HIV-Positive Patients Affects Ad-herence. *Southern African Journal of HIV Medicine*, 13(3),144-149. Diakses dari <http://www.sajhivmed.org.za/index.php/hivmed/article/view/128/212>
- Muñoz-Moreno, J.A. (2012). *HIV & Psychiatry*
- Malik Medan. Tesis tidak di publikasikan. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Namita Navanit Deshmukh, et.al. 2018, Depression and its associated factors among people living with HIV/AIDS: *J Family Med Prim Care*. Jul-Sep 2017;6(3):549-553.doi: 10.4103/2249-4863.222016.
- Nursalam (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Notoatmodjo, Soekidjo (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nojomi, m, Anbary, K, Ranjbar, M. (2008). *Health related quality of life in patients with HIV/AIDS*. India. International journal.
- Oluwagbemia, A. E. (2007). *HIV/AIDS ang family support system a situasional analysis of people living with HIV/AIDS in lagos state journal of social aspects of HIV/AIDS*.
- Paminto, S. I. Z. (2007). *Mekanisme Koping Wanita yang Terinfeksi HIV dari Suaminya; Studi Kualitatif di Yayasan Pelita Ilmu, Jakarta*. Tesis. Fakultas Psikologi UI. Tidak di terbitkan.
- Robinson, F, P, Richards, S, Rice, P. A, & Perri, M. G. (2003). *Psyco-Endocrine-Immune Response to Mindfullnes-Based Stres Reduction in Individuals Infected with The Human Immunodeficiency Virus: A Quasi-Experimental Study*. The Journal of alternative & Complementary Medicine. Volume 9, Number 5.
- Sididi, M., Rahman, R., & Yusriani, Y. (2020). High Risk Behaviour Tertular HIV/AIDS pada Anak Buah Kapal. *Jurnal Kesmas Asclepius*, 2(2), 88–96. <https://doi.org/10.31539/jka.v2i2.1470>.
- Sarkar, T., Karmakar, N., Dasgupta, A., & Saha, B. (2019). Stigmatization and Discrimination Towards People Living with HIV/AIDS Attending Antiretroviral Clinic in a Centre of Excellence in HIV Care in India. *International Journal Of*

- Community Medicine And Public Health*, 6(3), 1241. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20190619>.
- Syahrina, I. A., & Pranata, A. Y. (2018). Stigma Internal Hubungannya dengan Interaksi Sosial Orang dengan HIV/AIDS di Yayasan Taratak Jiwa Hati Padang. *Jurnal Fakultas Psikologi Universitas Wisnuwardhana Malang*, 22, 1–17
- Saragih, J. (2009). *Sindrom Depresif pada penderita HIV/AIDS di RSUP Haji Adam*
- UNAIDS. (2019). Global HIV and AIDS statistics | AVERT. *Averting HIV And Aids*, 6–12. <http://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/global-statistics>.
- Wicaksono, Y. A., Fitrikasari, A., Sofro, M. A. U., & Peni, H. (2018). Hubungan Stigma dan Terapi ARV dengan Komplikasi Gangguan Psikiatri pada Pasien HIV/AIDS. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*, 5(1), 24. <https://doi.org/10.7454/jpdi.v5i1.161>.
- Worthington, C, Krentz, H.B. (2005). *Socioeconomic factor & health related quality of life in adult living with HIV*. *International journal AIDS*.