

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 *Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS)***

##### **2.1.1 Pengertian**

AIDS atau *Acquired Immune Deficiency Syndrome* merupakan kumpulan gejala penyakit akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh yang disebabkan oleh masuknya virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) yang termasuk famili retroviridae ke dalam tubuh seseorang.<sup>21</sup>

HIV adalah jenis parasit obligat yaitu virus yang hanya dapat hidup dalam sel atau media hidup. Seorang pengidap HIV lambat laun akan jatuh ke dalam kondisi AIDS, apalagi tanpa pengobatan. Umumnya keadaan AIDS ini ditandai dengan adanya berbagai infeksi baik akibat virus, bakteri, parasit maupun jamur. Keadaan infeksi ini yang dikenal dengan infeksi oportunistik.<sup>22</sup>

Tubuh manusia mempunyai kekebalan untuk melindungi diri dari serangan luar seperti kuman, virus, dan penyakit. AIDS melemahkan atau merusak sistem pertahanan tubuh ini, sehingga akhirnya berdatanglah berbagai jenis penyakit lain.<sup>23</sup>

##### **2.1.2 Epidemiologi**

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.<sup>7</sup> Pada tahun 2014 terdapat 36.9 juta manusia hidup dengan HIV positif di seluruh dunia.<sup>24</sup>

Kasus 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. Tahun 2014 terdata dari 1 Januari sampai dengan 30 September 2014 terdata 22.869 kasus HIV dan 1876 AIDS di Indonesia. Rasio kasus HIV antara laki-laki dan perempuan adalah 1:1, persentase faktor risiko HIV tertinggi adalah hubungan seks tidak aman pada heteroseksual (57%), penggunaan jarum suntik tidak steril pada pengguna narkotika suntik (penasun) 4% dan pada laki-laki suka laki-laki (LSL) 15% (Ditjen PP & PL Kemenkes, 2014).<sup>25</sup>

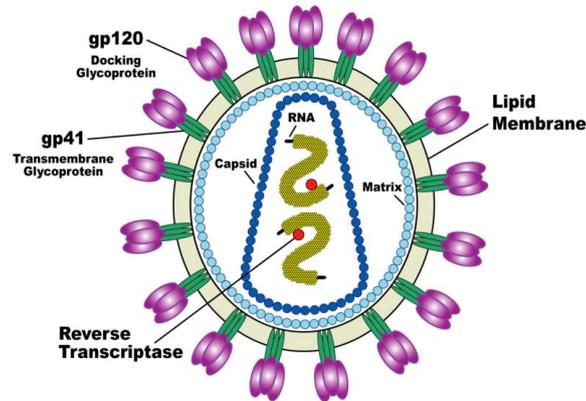
Jawa Tengah merupakan provinsi dengan jumlah kasus yang cukup besar. Kasus HIV/AIDS di Jawa Tengah berada pada posisi ke-7 nasional setelah DKI Jakarta, Jawa Timur, Papua, Jawa Barat, Bali dan Sumatra Utara. Berdasarkan data tahun 2014 terdapat 9.032 kasus HIV dan 3.767 kasus AIDS di Jawa Tengah.<sup>25</sup>

Semarang adalah penyumbang angka HIV/AIDS terbesar di Jawa Tengah mulai 1993 sampai September 2014. Data Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) yang sudah terdaftar adalah 1409 orang. Pengidap terbanyak adalah dari kalangan wiraswasta sebanyak 22,5% dan ibu rumah tangga berjumlah 18,4%.<sup>8</sup> Berdasarkan data Profil Kesehatan Kota Semarang tahun 2014,

jumlah kumulatif penderita HIV tahun 1995-2014 adalah 3114 penderita, dimana kasus HIV lebih banyak diderita oleh laki-laki yaitu sebesar 54% dibandingkan dengan perempuan. Kelompok umur tertinggi adalah kelompok umur 25-49.<sup>7</sup>

### 2.1.3 Etiologi

Penyebab penyakit AIDS adalah *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yakni sejenis virus RNA yang tergolong retrovirus. Virus ini memiliki materi genetik berupa sepasang asam ribonukleat rantai tunggal yang identik dan suatu enzim yang disebut *reverse transcriptase*. Virion HIV terdiri dari tiga bagian utama yaitu *envelope* yang merupakan lapisan terluar, *capsid* yang meliputi isi virion dan *core* yang merupakan isi virion. *Envelope* adalah lapisan lemak ganda yang terbentuk dari sel penjamu dan mengandung protein penjamu. Pada lapisan ini tertanam glikoprotein virus yang disebut gp41. Pada bagian luar protein ini terikat gp120. Molekul gp120 ini akan berkaitan dengan reseptor CD4 pada saat menginfeksi limfosit T4 atau sel lainnya yang mempunyai reseptor tersebut. Pada elektroforesis, kompleks antara molekul gp41 dan gp120 akan membentuk pita yang disebut gp160. Capsid berbentuk ikosaedra dan merupakan lapisan protein yang dikenal sebagai p17. Pada bagian core terdapat sepasang RNA rantai tunggal, enzim-enzim seperti *reverse transcriptase*, *endonuclease* dan *protease*, serta protein-protein struktural terutama.<sup>26</sup>



**Gambar 1. Anatomi Virus HIV**

Dikenal dua tipe HIV, yaitu HIV-1 yang ditemukan pada tahun 1983 dan HIV-2 yang ditemukan pada tahun 1986 pada penderita di Afrika Barat. Epidemio HIV secara global terutama disebabkan oleh HIV-1, sedangkan tipe HIV-2 tidak terlalu luas penyebarannya, hanya terdapat di Afrika Barat dan beberapa Negara Eropa yang mempunyai hubungan erat dengan Afrika.<sup>27</sup>

#### **2.1.4 Patofisiologi**

HIV masuk ke dalam tubuh seseorang melalui hubungan seksual, parenteral atau perinatal dengan sel target utama HIV adalah sel yang mempunyai reseptor CD4, yaitu limfosit CD4 dan monosit/makrofag. Beberapa sel yang juga dapat terinfeksi yang ditemukan secara in vivo maupun in vitro adalah megakariosit, epidermal langerhans, perifer dendrite, folikular dendrite, mukosa rektal, mukosa saluran pencernaan, sel serviks, mikroglia, astrosit, sel tropoblas, limfosit CD8, sel retina dan epitel.<sup>27</sup>

HIV ini akan menginfeksi CD4 baik secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung, sampul HIV yang memiliki efek toksik akan menghambat fungsi sel T. Secara tidak langsung, lapisan luar protein HIV yang disebut sampul gp 120 dan inti gp 24 berinteraksi dengan CD4 yang kemudian menghambat aktivitas sel yang mempresentasikan antigen (*antigen presenting cell/APC*). Setelah HIV melekat melalui reseptor CD4 dan ko-reseptornya, bagian sampul tersebut melakukan fusi dengan membran sel dan bagian intinya masuk ke dalam sel membran. Pada bagian inti terdapat enzim *reverse transcriptase* yang terdiri dari DNA polymerase dan ribonuklease. Pada inti yang mengandung RNA, enzim DNA polymerase menyusun kopi DNA dari RNA tersebut. Enzim ribonuklease memusnahkan RNA asli. Enzim polymerase kemudian membentuk kopi DNA kedua dari DNA pertama yang tersusun sebagai cetakan. Kode genetik DNA berupa rantai ganda setelah terbentuk akan masuk ke inti sel. Oleh enzim integrase DNA kopi dari virus disisipkan dalam DNA pasien. HIV provirus yang berada dalam limfosit CD4 akan bereplikasi yang menyebabkan sel limfosit CD4 mengalami sitolisis.<sup>28</sup>

Pada fase awal proses infeksi akan terjadi respon imun yaitu peningkatan aktivasi imun pada tingkat seluler, humoral, dan antibodi. Induksi sel T-helper dan sel-sel lain diperlukan untuk mempertahankan fungsi sel-sel faktor sistem imun agar tetap berfungsi dengan baik. Infeksi HIV akan menghancurkan sel-sel limfosit sehingga T-helper tidak dapat memberikan induksi kepada sel-sel efektor sistem imun.

Dengan tidak adanya sel T-helper, sel-selektor sistem imun seperti T8 sitotoksik, sel NK, monosit, dan sel B tidak dapat berfungsi dengan baik. Daya tahan tubuh menurun, respon imunitas tubuh tidak berfungsi dengan normal tidak hanya mengakibatkan infeksi pada tahap lanjut dan infeksi sekunder yang dikenal dengan infeksi oportunistik, namun juga dapat menyebabkan reaksi hipersensitivitas, reaksi autoantibodi hingga timbulnya malignasi.<sup>27</sup>

### 2.1.5 Faktor Resiko dan Cara Penularan

HIV berada terutama dalam cairan tubuh manusia. Cairan yang berpotensi mengandung virus HIV adalah darah, cairan sperma, cairan vagina, dan air susu ibu. Sehingga, penularan dapat terjadi melalui media cairan tubuh seorang pengidap HIV tersebut dalam jumlah yang cukup untuk menginfeksi orang lain.<sup>28</sup>

HIV ditularkan melalui tiga jalur, yaitu:

- (a) melalui hubungan seksual yang tidak aman (heteroseksual atau homoseksual),
- (b) melalui penerimaan darah atau produk darah melalui transfusi darah (saat ini sudah jarang karena darah donor sebelumnya telah melalui *skrining*), penggunaan narkoba suntik atau *Injecting Drug User* (IDU), alat medis, dan alat tusuk lain (tato, tindik, akupuntur, pisau cukur, dan lain-lain) yang sudah tercemar HIV, penerimaan organ, jaringan atau air mani,
- (c) melalui ibu yang hidup dengan HIV kepada janin di kandungannya atau bayi yang disusunya.<sup>21</sup>

Sedangkan melalui cairan-cairan tubuh yang lain, seperti air mata, keringat, air liur, air seni, dan lain-lain, tidak pernah dilaporkan dapat menularkan HIV. Sampai saat ini juga belum terbukti penularan melalui gigitan serangga, minuman, makanan, batuk/bersin, merawat pasien, atau kontak biasa (seperti bersalaman, bersentuhan, berpelukan) dalam keluarga, sekolah, kolam renang, WC umum, atau tempat kerja dengan penderita AIDS.<sup>28</sup>

#### **2.1.6 Diagnosis Penyakit**

Untuk menentukan seseorang terinfeksi HIV selain dari tanda dan gejala yang ditemukan dapat dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium untuk memastikan terinfeksi HIV. Terdapat beberapa jenis pemeriksaan laboratorium untuk memastikan diagnosis infeksi HIV. Secara garis besar dapat dibagi menjadi pemeriksaan serologi untuk mendeteksi adanya antibodi terhadap HIV dan pemeriksaan untuk mendeteksi keberadaan virus HIV.<sup>29</sup>

Deteksi adanya virus HIV dalam tubuh dapat dilakukan dengan isolasi dan biakan virus, deteksi antigen, dan deteksi materi genetik dalam darah pasien.<sup>29</sup>

#### **2.1.7 Klasifikasi Stadium HIV/AIDS**

Terdapat beberapa klasifikasi HIV/AIDS. Adapun sistem klasifikasi yang biasa digunakan untuk dewasa adalah menurut WHO

(World Health Organization) dan CDC (Center for Disease Control and Prevention).<sup>30</sup>

- 1) Klasifikasi menurut CDC. CDC mengklasifikasikan HIV/AIDS pada dewasa berdasarkan dua sistem, yaitu dengan melihat jumlah supresi kekebalan tubuh yang ditampilkan oleh limfosit CD4 dan kategori klinis. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 2. Klasifikasi Penyakit menurut CDC**

CD4		Kategori Klinis		
Total	%	A (Asimptomatik, Infeksi Akut)	B (Simptomatik)	C (AIDS)
≥ 500/ml	≥ 29%	A1	B1	C1
200-499/ml	14-28%	A2	B2	C2
< 200/ml	< 14%	A3	B3	C3

Sumber : Depkes, 2003 (dalam Nursalam & Kurniawati, 2009)

Klasifikasi CDC yang biasa digunakan untuk survailans penyakit adalah menurut kategori klinis yang dikategorikan sebagai AIDS adalah kelompok A3, B3, dan C1-3.

**Kategori Klinis A** meliputi infeksi HIV tanpa gejala (asimptomatik), limfadenopati generalisata yang menetap, dan infeksi akut primer dengan penyakit penyerta atau adanya riwayat infeksi akut.

**Kategori Klinis B** terdiri atas kondisi dengan gejala (simptomatik) yang tidak termasuk dalam kondisi C dan memenuhi paling sedikit satu dari beberapa kriteria tersebut:

a) Keadaan yang dihubungkan dengan infeksi HIV atau adanya kerusakan kekebalan dengan perantara sel; atau

b) Kondisi yang dianggap oleh dokter telah memerlukan penanganan klinis atau membutuhkan penatalaksanaan akibat komplikasi infeksi HIV. Contoh berikut ini termasuk dalam kategori tersebut, tetapi tidak terbatas pada contoh ini saja:

- Kandidiasis orofaringeal, vulvovaginal
- Displasia leher rahim
- Demam 38,5°C atau diare lebih dari satu bulan
- Oral hairy leukoplakia
- Herpes zoster
- Purpura idiopatik trombositopeni
- Listeriosis
- Penyakit radang panggul
- Neuropati perifer

**Kategori Klinis C** meliputi gejala yang ditemukan pada pasien AIDS. Pada tahap ini, individu yang terinfeksi HIV menunjukkan perkembangan infeksi dan keganasan yang mengancam kehidupan, misalnya:

- Kandidiasis esophagus, bronki, trakea, dan paru
- Kanker leher rahim invasif
- *Coccidioidomycosis* menyebar atau diparu
- Herpes simpleks

- Ensefalopati HIV
- Limfoma, sarkoma kaposi
- Kriptokokosis ekstrapulmonal
- Retinitis virus sitomegalo
- Mikobakterium yang menyebarkan di luar paru
- Pneumonia pneumocytis carinii
- Toksoplasmosis otak
- Septikemia *Salmonella* yang berulang

## 2) Klasifikasi menurut WHO

WHO mengklasifikasikan HIV/AIDS menjadi klasifikasi laboratorium dan klinis.

### a. Klasifikasi Laboratorium

**Tabel 3. Klasifikasi Penyakit menurut WHO**

<u>Limfosit</u>	<u>CD4/mm<sup>3</sup></u>	<u>Stadium</u> <u>Klinis 1</u> <u>asimtomatik</u>	<u>Stadium</u> <u>Klinis 2</u> <u>awal</u>	<u>Stadium</u> <u>Klinis 3</u> <u>intermediet</u>	<u>Stadium</u> <u>Klinis 4</u> <u>lanjut</u>
> 2000	> 500	1 A	2 B	3 A	4 A
1000-2000	200-500	1 B	2 B	3 B	4 B
< 1000	< 200	1 C	2 C	3 C	4 C

## b. Klasifikasi Klinis

**Tabel 4. Klasifikasi berdasarkan gejala klinis**

Stadium	Gejala Klinis
I	Tidak ada penurunan berat badan Tanpa gejala atau hanya Limfadenopati Generalisata Persisten
II	Penurunan berat badan <10% ISPA berulang: sinusitis, otitis media, tonsilitis, dan faringitis Herpes zooster dalam 5 tahun terakhir Luka di sekitar bibir (Kelitis Angularis) Ulkus mulut berulang Ruam kulit yang gatal (seboroik atau prurigo) Dermatitis Seboroik Infeksi jamur pada kuku
III	Penurunan berat badan >10% Diare, demam yang tidak diketahui penyebabnya >1 bulan Kandidiasis oral atau Oral Hairy Leukoplakia TB Paru dalam 1 tahun terakhir Limfadenitis TB Infeksi bakterial yang berat: Pneumonia, Piomiosis Anemia (<8 gr/dl), Trombositopeni Kronik (<50×10 <sup>9</sup> per liter)
IV	Sindroma Wasting (HIV) Pneumoni Pneumocystis Pneumonia Bakterial yang berat berulang dalam 6 bulan Kandidiasis esofagus Herpes Simpleks Ulseratif >1 bulan Limfoma Sarkoma Kaposi Kanker Serviks yang invasif Retinitis CMV TB Ekstra paru Toksoplasmosis Ensefalopati HIV Meningitis Kriptokokus Infeksi mikobakteria non-TB meluas Lekoensefalopati multifokal progresif Kriptosporidiosis kronis, mikosis meluas

## **2.2 Depresi**

### **2.2.1 Definisi**

Menurut Kaplan, depresi merupakan salah satu gangguan mood yang ditandai oleh hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subjektif adanya penderitaan berat. Mood adalah keadaan emosional internal yang meresap dari seseorang (Kaplan, 2010).<sup>31</sup>

Depresi merupakan kondisi emosional seseorang yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual, dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan.<sup>32</sup>

Menurut Doenges, Townsend, & Moorhouse (2007), depresi termasuk pada klasifikasi DSM-IV gangguan alam perasaan yang ditandai dengan sindrom depresi parsial atau penuh, atau kehilangan minat atau kesenangan pada aktivitas yang biasa dan yang dilakukan pada waktu lalu ditandai dengan gangguan fungsi sosial atau okupasi.<sup>33</sup>

### **2.2.2 Gejala Depresi**

Menurut PPDGJ 3, ada beberapa gejala utama dan gejala yang lainnya yang harus diperhatikan dalam mendiagnosa seseorang yang mengalami depresi.<sup>34</sup>

A. Gejala utama depresi yaitu:

1. Afek depresif.

2. Kehilangan minat dan kegembiraan.
3. Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) menurunnya aktivitas.

B. Gejala lainnya depresi yaitu:

1. Konsentrasi dan perhatian berkurang.
2. Harga diri dan kepercayaan diri berkurang.
3. Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna.
4. Pandangan masa depan suram dan pesimistis.
5. Gagasan atau perbuatan yang membahayakan diri atau bunuh diri.
6. Tidur terganggu.
7. Nafsu makan berkurang

### **2.2.3 Etiologi**

Penyebab depresi belum diketahui secara pasti. Faktor-faktor yang diduga sebagai penyebab adalah faktor psikososial, genetik, dan biologik. Ada kemungkinan ketiga faktor ini saling berinteraksi. Misalnya, faktor psikososial dan genetik dapat mempengaruhi faktor biologik ( terjadi gangguan keseimbangan neurotransmitter ), atau faktor psikososial dan biologik dapat mengubah ekspresi genetik, atau faktor biologik dan genetik dapat mempengaruhi respon seseorang terhadap faktor psikososial.<sup>35</sup>

### 2.2.3.1 Faktor biologi

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat kelainan pada amin biogenik, seperti 5 HIAA (*5-Hidroksi indol asetic acid*), HVA (*Homovanilic acid*), MPGH (*5 methoxy-0-hidroksi phenil glikol*), di dalam darah, urin, dan cairan serebrospinal pada pasien gangguan mood. Neurotransmitter yang terkait dengan patologi depresi adalah serotonin dan epineprin. Penurunan serotonin dapat mencetuskan depresi. Selain itu aktivitas dopamin pada depresi adalah menurun. Hal tersebut tampak pada pengobatan yang menurunkan konsentrasi dopamin seperti resperin dan penyakit dengan konsentrasi dopamin menurun seperti Parkinson. Kedua penyakit tersebut disertai gejala depresi..<sup>31</sup>

Disisi lain terdapat adanya disregulasi neuroendokrin. Hipotalamus merupakan pusat pengaturan aksis neuroendokrin, menerima input neuron yang mengandung neurotransmitter amin biogenik. Pada pasien depresi ditemukan adanya disregulasi neuroendokrin. Disregulasi ini terjadi akibat kelainan fungsi neuron yang mengandung amin biogenik. Sebaliknya, stres kronik yang mengaktivasi aksis *Hypothalamic- Pituitary-Adrenal* (HPA) dapat menimbulkan perubahan pada aminbiogenik sentral. Aksis neuroendokrin yang paling sering terganggu yaitu adrenal, tiroid, dan aksis hormon pertumbuhan. Aksis HPA merupakan aksis yang paling banyak diteliti.<sup>36</sup> Hipersekresi *Cortisol Releasing Hormone* (CRH) merupakan gangguan aksis HPA yang sangat fundamental pada pasien depresi. Hipersekresi yang terjadi diduga akibat adanya defek pada sistem umpan

balik kortisol di sistem limbik atau adanya kelainan pada sistem monoaminogenik dan neuromodulator yang mengatur CRH.<sup>31</sup> Sekresi CRH dipengaruhi oleh emosi. Emosi seperti perasaan takut dan marah berhubungan dengan *Paraventricular nucleus* (PVN), yang merupakan organ utama pada sistem endokrin dan fungsinya diatur oleh sistem limbik. Emosi mempengaruhi CRH di PVN, yang menyebabkan peningkatan sekresi CRH.<sup>36</sup>

#### **2.2.3.2 Faktor genetik**

Penelitian genetik dan keluarga menunjukkan bahwa angka resiko di antara anggota keluarga tingkat pertama dari individu yang menderita depresi berat (unipolar) diperkirakan 2 sampai 3 kali dibandingkan dengan populasi umum. Angka keselarasan sekitar 11% pada kembar dizigot dan 40% pada kembar monozigot.<sup>31</sup>

#### **2.2.3.3 Faktor psikososial**

Menurut Freud dalam teori psikodinamiknya, penyebab depresi adalah kehilangan objek yang dicintai. Faktor psikososial yang mempengaruhi depresi meliputi peristiwa kehidupan dan stresor lingkungan, kepribadian, psikodinamika, kegagalan yang berulang, teori kognitif, dan dukungan sosial. Peristiwa kehidupan yang menyebabkan stres, lebih sering mendahului episode pertama gangguan mood dari episode selanjutnya.<sup>31</sup>

Para klinisi mempercayai bahwa peristiwa kehidupan memegang peranan utama dalam depresi. Klinisi lain menyatakan bahwa peristiwa kehidupan hanya memiliki peranan terbatas dalam onset depresi. Stresor lingkungan yang paling berhubungan dengan onset suatu episode depresi adalah kehilangan pasangan.<sup>31</sup>

Dari faktor kepribadian, beberapa ciri kepribadian tertentu yang terdapat pada individu, seperti kepribadian dependen, anankastik, histrionik, diduga mempunyai resiko tinggi untuk terjadinya depresi, sedangkan kepribadian antisosial dan paranoid mempunyai resiko yang rendah.<sup>31</sup>

#### **2.2.4 Derajat Depresi dan Penegakan Diagnosis**

PPDGJ 3 membagi tingkatan depresi menjadi tiga tingkatan depresi beserta ciri-cirinya sebagai berikut:<sup>34</sup>

a. Depresi Ringan dengan ciri-ciri sebagai berikut:

1. Sekurang-kurangnya harus ada dua dari tiga gejala utama depresi.
2. Ditambah sekurang-kurangnya dua dari gejala lainnya: 1-7.
3. Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.
4. Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang dilakukannya.

b. Depresi Sedang dengan ciri-ciri sebagai berikut:

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

c. Depresi berat terbagi atas dua jenis, yaitu:

1. Depresi berat tanpa gejala psikotik, dengan ciri-ciri sebagai berikut: (a) Semua dengan tiga gejala utama depresi harus ada, (b) Ditambah sekurang-kurangnya empat dari gejala lainnya, dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat, (c) Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya yang secara rinci, (d) 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, sangat tidak mungkin pasien akan mampu merumuskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali padaa taraf yang sangat terbatas.

2. Depresi berat dengan gejala psikotik, yang memiliki ciri-ciri sebagai berikut: (a) Episode depresif berat yang memenuhi kriteria dari depresif berat tanpa gejala psikotik, (b) Disertai waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh, atau bau kotoran atau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor.

## **2.2.5 Instrumen Pengukuran Depresi**

### **2.2.5.1 Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D)**

Instrumen CES-D merupakan kuesioner yang terdiri dari 20 pertanyaan yang dikembangkan oleh Radloff (1977). Instrumen ini dapat diisi secara *self report* ataupun melalui wawancara. Instrumen ini hanya dapat digunakan untuk *screening* ada tidaknya gejala depresi, sehingga instrumen ini tidak dapat mengetahui derajat keparahan depresi yang dialami serta tidak dapat digunakan sebagai alat diagnostik.<sup>37</sup>

### **2.2.5.2 Beck Depression Inventory (BDI)**

Dibuat oleh Aron T. Beck meliputi 21 pertanyaan *multiple choice self-reported inventory*. Instrumen ini didesain untuk individu yang berusia lebih dari 13 tahun. Instrumen ini bertujuan untuk mengukur

derajat depresi yaitu depresi ringan, sedang, berat sampai yang ekstrim cenderung psikosis dan percobaan bunuh diri (*suicide*). Instrumen ini pertama kali berkembang pada tahun 1961, mengalami revisi pada tahun 1978 dan berganti nama menjadi BDI-1A, dan mengalami revisi kembali pada tahun 1996 dan terstandar untuk digunakan dalam tes psikologi klinik untuk mendeteksi derajat gangguan depresi dan berganti nama menjadi BDI-II hingga sekarang.<sup>38</sup> Selain digunakan untuk *screening* awal depresi, instrumen ini dapat digunakan sebagai alat diagnostik cepat gejala depresi pada seseorang.<sup>39</sup>

#### **2.2.6 Depresi pada Pasien HIV/AIDS**

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 HIV/AIDS.<sup>40</sup> Sitorus & Afiyanti (2007) mengungkapkan bahwa pada saat pertama kali ODHA terdiagnosis HIV/AIDS, mereka akan mengalami stress dan berduka.<sup>41</sup> Apabila kondisi tersebut berlangsung dalam jangka waktu lama, maka dapat menimbulkan depresi yang mengarah pada kehampaan hidup serta mengembangkan hidup tidak bermakna.<sup>42</sup> Berbagai gangguan psikiatrik yang sering menyertai penyakit HIV/AIDS antara lain depresi, ansietas, *post traumatic stress disorder* (PTSD), dan lain-lain.<sup>43</sup>

Salah satu masalah emosional terbesar yang dihadapi ODHA adalah depresi.<sup>13</sup> Depresi dan bunuh diri merupakan sindrom psikiatrik yang sering ditemukan pada sebagian besar ODHA.<sup>44</sup> Penelitian menunjukkan bahwa prevalensi gangguan psikiatrik pada orang yang hidup dengan HIV/AIDS adalah antara 30% - 60%.<sup>45</sup> Schulte (2000) dalam penelitiannya terhadap pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di rumah sakit, menemukan bahwa 40% pasien HIV/AIDS mengalami depresi.<sup>46</sup> Sedangkan, kasus depresi pada ODHA ini diperkirakan memiliki frekuensi mencapai 60% dari total kasus depresi yang ada (David & Brian, 2000). Angka ini lebih tinggi dari prevalensi depresi yang ada pada masyarakat umum, yaitu hanya sekitar 5-10 % dari total kasus depresi.<sup>15</sup> Senada dengan David & Brian, Cichocki (2009) juga menemukan dalam studinya bahwa pasien HIV/AIDS sangat rentan mengalami tanda dan gejala depresi mulai ringan hingga berat dimulai dari sejak 1 bulan setelah didiagnosa HIV yang selanjutnya fluktuatif dan berkembang seiring perjalanan penyakit.<sup>16</sup>

Hubungan antara depresi dengan HIV/AIDS merupakan hubungan yang sangat kompleks, di satu sisi depresi dapat timbul karena penyakit HIV/AIDS itu sendiri, di sisi lain depresi yang timbul akan lebih memperberat perjalanan penyakit HIV/AIDS tersebut.<sup>47</sup>

Depresi yang timbul pada pasien HIV/AIDS dapat disebabkan oleh beberapa hal seperti, invasi virus HIV ke susunan saraf pusat (SSP) dimana menghasilkan perubahan neuropatologis pada basal ganglia, thalamus,

nucleus batangotak yang menyebabkan disfungsi dan akhirnya akan menyebabkan gangguan *mood* dan motivasi ; efek samping penggunaan obat-obatan ARV seperti efavirenz, interferon, zidovudin ; komplikasi HIV seperti infeksi oportunistik dan tumor cranial ; pengaruh psikologis yang ditimbulkan setelah diketahui menderita penyakit tersebut, biasanya penderita mengalami reaksi penolakan dari pekerjaan, keluarga, maupun masyarakat ; pengobatan seumur hidup dengan berbagai efek samping yang dirasakan dan tidak adanya jaminan kesembuhan akan menimbulkan kebosanan dan frustrasi.<sup>48</sup>

Penderita HIV yang mengalami depresi rentan terhadap penyakit dua kali lebih sering dibanding penderita HIV yang tidak mengalami depresi.<sup>49</sup> Keadaan depresi menurunkan fungsi imun, fungsi sel-sel "*natular killer*" dan reaksi limfosit sehingga berkontribusi pada percepatan penurunan jumlah CD4 penderitanya, dengan demikian kemungkinan infeksi oportunistik lebih tinggi.<sup>50</sup> Dengan kata lain jika penderitanya juga mengalami depresi maka dapat mempercepat terjadinya AIDS dan meningkatkan kematian.<sup>49</sup>

Depresi akan memperberat perjalanan penyakit HIV/AIDS melalui perubahan perilaku seperti perasaan bersalah, kurangnya minat komunikasi, berkurangnya kepatuhan minum obat serta keinginan untuk bunuh diri dan juga gangguan system imun. Berbagai gejala pada depresi seperti gangguan neurovegetatif ( gangguan tidur, nafsu makan berkurang, disfungsi seksual),

gangguan kognitif ( pelupa, susah berkonsentrasi ) juga akan memperberat penyakitnya.<sup>51</sup>

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, ODHA tidak patuh terhadap program pengobatan. Apabila ODHA tidak teratur minum anti retroviral (ARV) dalam jangka waktu yang lama, maka akan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup ODHA.<sup>17</sup>

Li, et al. (2009) mengemukakan bahwa penderita HIV-AIDS menghadapi situasi hidup dimana mereka sering menghadapi sendiri kondisinya tanpa dukungan dari teman dan keluarga yang memberi dampak kecemasan, depresi, rasa bersalah, dan pemikiran atau perilaku bunuh diri. Dalam penemuannya, dilaporkan bahwa secara signifikan stigma terkait HIV berdampak negatif terhadap kesejahteraan psikologi, dan dukungan sosial terbukti dapat menurunkan tingkat depresi pada penderita HIV/AIDS.<sup>52</sup>

## **2.3 Kualitas Hidup**

### **2.3.1 Definisi**

Kualitas merupakan persepsi individu dari posisi mereka dalam kehidupan, konteks budaya dan system nilai di mana mereka hidup.<sup>53</sup> Cella (1998) menyebutkan bahwa kualitas hidup seseorang tidak dapat didefinisikan dengan pasti, hanya orang tersebut yang dapat

mendefinisikannya, karena kualitas hidup merupakan suatu yang bersifat subjektif.

Terdapat dua komponen dasar dari kualitas hidup yaitu subjektivitas dan multidimensi. Subjektivitas mengandung arti bahwa kualitas hidup hanya dapat ditentukan dari sudut pandang orang itu sendiri. Sedangkan, multidimensi bermakna bahwa kualitas hidup dipandang dari seluruh aspek kehidupan seseorang secara holistic meliputi aspek biologis/fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan lingkungan.<sup>54</sup> Sedangkan, Polonsky (2000) mengatakan bahwa untuk mengetahui bagaimana kualitas hidup seseorang maka dapat diukur dengan mempertimbangkan penilaian akan kepuasan seseorang terhadap status fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan.<sup>55</sup>

### **2.3.2 Faktor yang Mempengaruhi**

Berdasarkan surveilans kualitas hidup terkait kesehatan di Amerika Serikat dari tahun 1993-2002, didapatkan beberapa faktor yang menentukan kualitas hidup adalah sebagai berikut : jenis kelamin, umur, etnis/ras, status pernikahan, pendidikan, penghasilan, status pekerjaan, asuransi kesehatan, serta faktor kesehatan.<sup>56</sup>

Brazier pada tahun 1996 (dalam Afiyah, 2010) melakukan studi di Inggris tentang beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup dan didapatkan hasil sebagai berikut: 1) seseorang dengan penyakit kronik memiliki kualitas hidup yang lebih buruk, 2) seseorang

denganusia 65-67 tahun mempunyai kualitas hidup yang lebih buruk, 3) wanitamempunyai masalah depresi dan cemas yang lebih tinggi danberpengaruh terhadap kualitas hidup yang lebih buruk, 4) pelajarmempunyai kualitas hidup yang lebih baik.<sup>57</sup>

### **2.3.3 Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS**

*World Health Organization* (WHO) domain kualitas hidup dibagi menjadi domainfisik, psikologi, tingkat kemandirian,sosial, lingkungan dan spiritual.<sup>58</sup>Domain lingkungan dandomain hubungan sosial sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup ODHA. Hal ini sesuaidengan penelitian yang dilakukan oleh Fatigerun yang menghasilkan kualitas hidup terendahadalah domain lingkungan dan hubungan sosial sehingga kondisi hidup menurun danmengakibatkan kualitas hidup ikut menurun.<sup>59</sup>

Hasil penelitian Nojomi, Anbary, Ranjbar (2008) juga mendapatkan mayoritasdari pasien dengan HIV baik yang asimptomatik maupun yangsimptomatik serta pasien AIDS memiliki nilai kualitas hidup yangrendah.<sup>60</sup>Dari studi lainnya, dikatakan juga kualitas hidup berhubungan linierdengan status sosio-ekonomi pasien.<sup>61</sup>Sedangkan, dari studi yang dilakukan Ichikawa dan Napartan (2006)didapatkan bahwa penerimaan sosial adalah faktor yang palingberhubungan signifikan dengan kualitas hidup yang lebih baik, dandukungan sosial dengan menghiraukan derajat klinis dari penyakitberdampak pada aspek psikososial dalam kehidupan pasien denganHIV/AIDS.<sup>62</sup>

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien HIV yaitu infeksi, terapi antiretroviral, dukungan sosial, jumlah *CD4*, kepatuhan pengobatan, pekerjaan, *gender*, gejala, depresi dan dukungan keluarga (Pohan, 2006).<sup>63</sup> Penelitian oleh Odili et.al. (2011), menunjukkan bahwa adanya dukungankeluarga, pendapatan dan pendidikan pada pasien dengan HIV menunjukkankualitas yang lebih baik untuk individu yang menderita HIV.<sup>64</sup> Sedangkan menurut Carter (2010), mengemukakan bahwa faktor-faktor independen terkait dengan penurunan kualitas hidup dan peningkatan risiko kematian adalah usiayang lebih tua, jumlah CD4 di bawah 200 ketika pengobatan HIV dimulai, dan *viral load*.<sup>65</sup>

#### **2.3.4 Hubungan Depresi dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS**

Kualitas hidup ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) dipengaruhi oleh masalah psikososial. Khususnya masalah depresi yang merupakan masalah psikososial terbesar yang dialami ODHA, memerlukan penanganan yang serius karena dapat berdampak pada penurunan kualitas hidup.<sup>13</sup> Sesuai dengan penelitian David T et. Al (2004), semakin tinggi tingkat depresi pada pasien HIV/AIDS semakin dapat menurunkan kualitas hidupnya.<sup>66</sup>

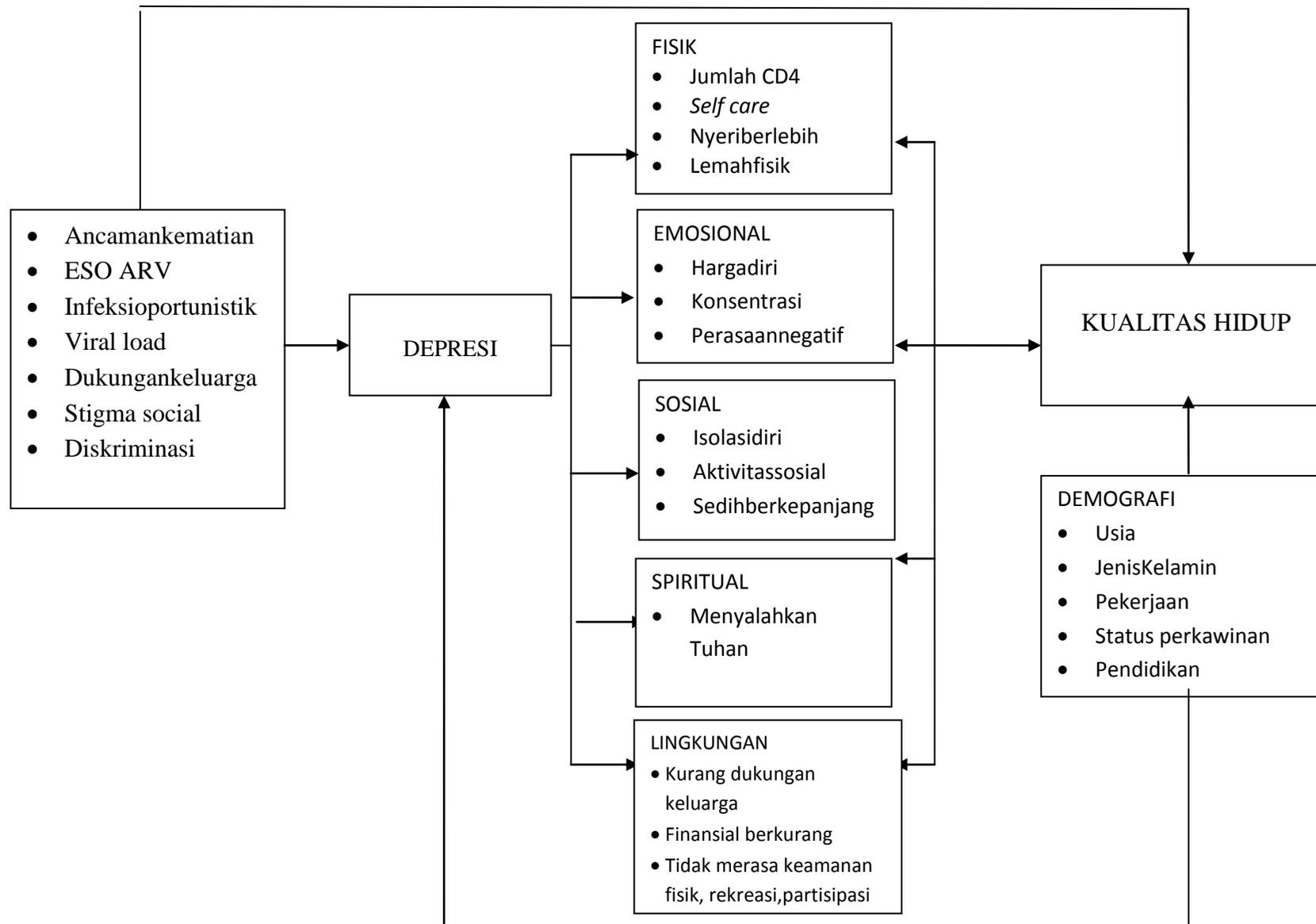
Pada orang dengan tahap infeksi HIV positif, kondisi fisik yang tidak stabil dan cenderung menurun diikuti dengan munculnya gejala-gejala fisik serta tekanan sosial yang begitu hebat yang didapatkan dari lingkungan dapat menjadi sumber stres yang dapat menyebabkan ODHA mengalami depresi. Selanjutnya bagi ODHA yang telah memasuki tahap AIDS, semakin rentan

untuk mengalami depresi dikarenakan kondisi kesehatan yang semakin memburuk dan mengancam kehidupan yang mengganggu aktivitas sehari-hari dan menyebabkan ia tergantung dengan orang lain sehingga seringkali mengharuskan ia menjalani perawatan khusus di rumah sakit yang menyebabkan mereka kehilangan kontak sosial yang biasa ditemuisehari-hari di rumah. Selain itu, pasien juga sering merasa bahwa hidupnya tinggal sebentar lagi sehingga apapun yang dilakukan akan sia-sia. Hal ini akan berdampak pada kualitas hidupnya.<sup>67</sup>

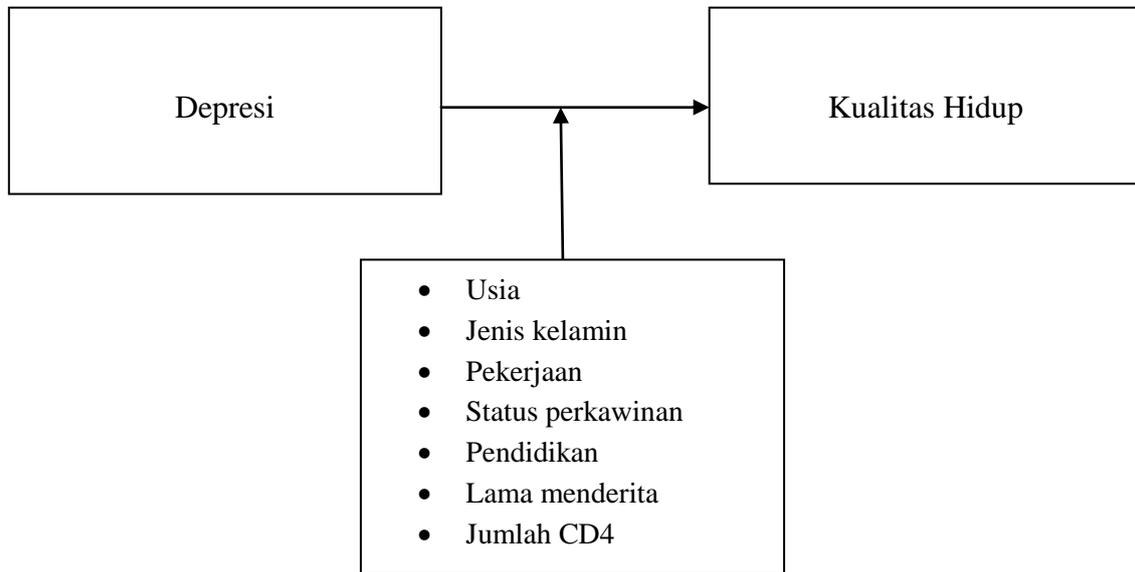
Dalam penelitian Douaihy (2001) diketahui bahwa depresi secara signifikan berhubungan dengan penurunan kualitas hidup pada pasien HIV/AIDS. Hal ini disebabkan oleh karena depresi memberikan dampak buruk pada kepuasan hidup baik dalam beberapa domain yaitu,<sup>13</sup>

- Domain fisik (rentan terhadap infeksi akibat semakin turunnya CD4, *self care* yang menurun, nyeri, kelemahan fisik, tidur yang terganggu),
- Domain emosional (harga diri rendah, penilaian yang buruk terhadap diri, ketidakmampuan dalam berkonsentrasi, perasaan negatif),
- Domain sosial (pasien cenderung mengisolasi diri, tidak mau melakukan aktivitas sosial, dan terus berlarutlarut pada kesedihan tanpa memikirkan masa depan),
- Domain spiritual (pasien cenderung menyalahkan diri sendiri dan merasa dihukum oleh Tuhan).
- Domain lingkungan (kurangnya keamanan fisik, kenyamanan lingkungan rumah, financial, rekreasi, partisipasi, transportasi)

## 2.4 Kerangka Teori



## 2.5 Kerangka Konsep



**Gambar 3. Kerangka konsep**

## 2.6 Hipotesis

Terdapat hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS.