

LEMBAR PENGESAHAN

Judul : Hubungan Coping Strategies Terhadap Tingkat Depresi dan Kecemasan Pada Penderita HIV/AIDS Usia Produktif Di RSUD Dr. Abdul Aziz Kota Singkawang Tahun 2023

Nama : Desiani Jaya Ester Marbun

NPM : 20000044

Dosen Pembimbing I



(dr. Ristarini P Zaluchu, M.Med.Ed)

Dosen Pembimbing II



(dr. Okto P.E Marpaung, M.Biomed)

Dosen Penguji



(dr. Ritha M. Sembiring, M.Ked (KJ), Sp.KJ)

Ketua PSSK Sarjana Kedokteran



(dr. Ade Pryta Simarmarc M. Biomed)

Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas HKBP Nommensen



(Dr. dr. Leo Simanjuntak, Sp OG)

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan retrovirus yang memuat 2 salinan genom RNA beruntai tunggal. Virus ini menyebabkan sindrom imunodefisiensi didapat (AIDS) yang merupakan fase akhir dari infeksi HIV.¹ *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) menyebar melalui hubungan seksual, transfusi darah, penggunaan jarum suntik yang sama, serta dari ibu ke bayi saat melahirkan dan menyusui.² AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) merupakan kumpulan gejala dan infeksi yang disebabkan oleh defisiensi sistem kekebalan yang didapat. Telah ditetapkan bahwa infeksi HIV adalah penyebab utama AIDS. Derajat defisiensi imun atau adanya infeksi tertentu digunakan sebagai indikator bahwa infeksi HIV telah berkembang menjadi AIDS.

Menurut World Health Organization (WHO), diperkirakan pada tahun 2020 terdapat 37,7 juta orang di seluruh dunia yang dengan status HIV positif. Diantara jumlah tersebut 1,5 juta merupakan pasien baru terinfeksi HIV dan 680.000 kematian terkait HIV.³ Kasus HIV/AIDS di Indonesia pada Maret 2022 telah dilaporkan dari 34 provinsi di Indonesia. Jumlah orang dengan HIV/AIDS yang teridentifikasi pada periode Januari hingga Maret 2022 sebanyak 10.525 dari 941.973 orang yang dites HIV dan 8.784 orang menerima pengobatan Antiretroviral (ARV) sebanyak (83,4%).⁴ Di Kalimantan Barat terdapat tiga kota yang memiliki prevalensi HIV tertinggi yaitu Pontianak, Singkawang, dan Sintang. Kalimantan Barat merupakan salah satu provinsi dengan prevalensi HIV yang cukup tinggi. Ketiga kota ini memiliki angka prevalensi yang tinggi karena merupakan pusat perdagangan. Saat ini di kota Singkawang terdapat 1.284 penderita HIV/AIDS dan 418 orang pengidap AIDS. Berdasarkan jenis kelamin 67,8% atau setara dengan 870 orang laki-laki dan 32,2% atau setara dengan 414 orang perempuan. Berdasarkan kelompok umur, terdapat 892 orang yang hidup dengan HIV/AIDS di Kota Singkawang yang berusia antara 25 dan 49 tahun.

Orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) rentan terhadap gangguan jiwa.⁵ karena stigma merupakan salah satu stressor dari HIV. Secara keseluruhan prevalensi depresi, kecemasan, dan stres di antara orang dengan HIV/AIDS (ODHA) yaitu, depresi (8,6%; 95% confidence interval (CI) = 24,4–33,3), kecemasan (40,8%; 95% confidence interval (CI) = 36,0–45,8), dan stres (10,6%; 95% confidence interval (CI) = 7,9–14,1) dilaporkan selama

seminggu terakhir di antara orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Pada wanita prevalensi depresi yang lebih tinggi (32,2%; 95% confidence interval (CI) = 27,2–37,7), kecemasan (44,0%; 95% confidence interval (CI) = 38,4–49,6), dan stres (12,6%; 95% CI = 9,4–17,0). Sedangkan dibandingkan dengan pria prevalensi depresi (17,5%; 95% CI = 11,1–26,4), kecemasan (30,9%; 95% CI = 22,5–40,7), dan stres (4,1%; 95% CI = 1,2–10,4).⁶ Stigma masyarakat terhadap orang dengan HIV/AIDS (ODHA) bisa dilihat dari perilaku masyarakat dalam sikap sinis, perasaan takut yang berlebihan dan pengalaman negatif dengan ODHA. Banyak orang percaya bahwa orang yang terinfeksi HIV/AIDS pantas dihukum atas tindakan mereka sendiri. Masyarakat juga percaya bahwa ODHA bertanggung jawab terhadap penularan HIV/AIDS. Inilah alasan mengapa orang yang terinfeksi HIV diperlakukan tidak adil, didiskriminasi dan stigma karena penyakit HIV yang diderita. Tingginya penolakan masyarakat dan lingkungan terhadap keberadaan ODHA menyebabkan sebagian ODHA hidup dengan merahasiakan statusnya, bahkan ODHA mengalami depresi dan kecemasan yang berlebihan akibat pengaruh faktor yang ditimbulkan dari stigma masyarakat.⁷ Karena itu penting untuk mengetahui bagaimana Teknik untuk mengurangi angka depresi, kecemasan, dan stress pada pasien HIV/AIDS.

Salah satu komplikasi kesehatan dari HIV/AIDS adalah gangguan kesehatan mental. ODHA merupakan masyarakat yang rentan terhadap tekanan psikososial selain tekanan fisik. Hal ini karena orang yang hidup dengan HIV dan AIDS lebih mungkin menderita gangguan mood (suasana hati), kecemasan (anxiety), dan kognitif.⁵ Faktanya, orang yang terinfeksi HIV memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami masalah kesehatan mental.⁸ Kondisi kesehatan mental seperti depresi dan gangguan kecemasan yang dialami oleh orang yang hidup dengan HIV (ODHA) dapat menghambat akses dan hasil pencegahan, tes serta pengobatan HIV, sehingga mengurangi retensi terhadap perawatan dan pengobatan HIV. Perawatan kesehatan mental yang lebih baik untuk ODHA dapat meningkatkan pencegahan HIV dan kepatuhan pengobatan HIV.⁵

Sehingga penting untuk mengetahui bagaimana caranya untuk mengatasi depresi, kecemasan, dan stres yaitu dengan *coping strategies*. *Coping strategies* adalah suatu teknik yang dilakukan seorang individu untuk mengatasi tekanan kesehatan mental dengan cara berpikir positif, coping aktif dan dukungan sosial.⁹ Terdapat dua jenis *coping strategies*, yang pertama adalah strategi coping yang berfokus pada masalah (*problem-focused coping strategies*) dan yang kedua adalah strategi coping yang berfokus pada emosi (*emotional-focused coping strategies*).¹⁰ Faktor-faktor yang mempengaruhi *coping strategies* yaitu

karakteristik individu seperti jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, tingkat pendidikan, status perkawinan dan lain-lain.¹¹ *Coping strategies* merupakan suatu metode yang digunakan untuk mengatur emosi yang muncul akibat situasi penyebab stress seperti depresi dan gangguan kecemasan. *Coping strategies* sangat berpengaruh terhadap psikologis penderita dan secara tidak langsung akan berpengaruh terhadap keberhasilan pengobatan.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara *coping strategies* dengan tingkat depresi dan kecemasan pada penderita HIV/AIDS pada usia produktif di RSUD Dr. Abdul Aziz Tahun 2023 Kota Singkawang ?

1.3 Hipotesis

Hi : Terdapat hubungan yang bermakna antara *coping strategies* terhadap tingkat depresi dan kecemasan penderita HIV/AIDS di RSUD Dr. Abdul Aziz Tahun 2023 Kota Singkawang.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa hubungan *coping strategies* terhadap tingkat depresi dan kecemasan penderita HIV/AIDS pada usia produktif di RSUD Dr. Abdul Aziz Tahun 2023 Kota Singkawang.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui Gambaran *Coping Strategies* pada penderita HIV/AIDS usia produktif di RSUD Dr. Abdul Aziz Kota Singkawang Tahun 2023.
2. Mengetahui Gambaran Depresi pada penderita HIV/AIDS usia produktif di RSUD Dr. Abdul Aziz Kota Singkawang Tahun 2023.
3. Mengetahui Gambaran Kecemasan pada penderita HIV/AIDS usia produktif di RSUD Dr. Abdul Aziz Kota Singkawang Tahun 2023.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Insitusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi tambahan wawasan tentang Hubungan *Coping Strategies* Terhadap Tingkat Depresi dan Kecemasan Penderita HIV/AIDS Pada Usia Produktif di RSUD Dr. Abdul Aziz Kota Singkawang Tahun 2023.

1.5.2 Bagi Masyarakat / Penyandang HIV

Manfaat penelitian ini bagi masyarakat diharapkan dapat memberikan informasi tambahan mengenai teknik *coping strategies* untuk mencegah tingkat depresi dan kecemasan terhadap penderita HIV/AIDS.

1.5.3 Bagi Insitusi Kesehatan

Manfaat penelitian ini bagi institusi kesehatan adalah untuk mengetahui Hubungan *Coping Strategies* Terhadap Tingkat Depresi dan Kecemasan Penderita HIV/AIDS Pada Usia Produktif di RSUD Dr. Abdul Aziz Kota Singkawang Tahun 2023.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Human Immunodeficiency Virus (HIV)

2.1.1 Definisi

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah penyakit yang menyebabkan berbagai jenis gangguan pada sistem kekebalan tubuh manusia, serta *Acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS) adalah stadium paling lanjut dari penyakit HIV.¹² HIV/AIDS menyebabkan berbagai masalah sosial ekonomi dan budaya di masyarakat, meningkatkan biaya kesehatan, dan menyebabkan gangguan jiwa berat pada pasien. Faktanya, orang yang hidup dengan HIV memiliki risiko lebih tinggi terhadap gangguan kesehatan mental dan pikiran serta upaya bunuh diri. Beberapa penelitian telah menemukan bahwa kebanyakan orang yang menderita HIV/AIDS mengalami tingkat depresi, stres, gangguan kecemasan dan frustrasi yang tinggi.⁸

2.1.2 Stigma Masyarakat Terhadap HIV

Stigma masyarakat terhadap Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) bisa dilihat dari perilaku masyarakat dalam sikap sinis, perasaan takut yang berlebihan dan pengalaman negatif dengan ODHA. Banyak orang percaya bahwa orang yang terinfeksi HIV/AIDS pantas dihukum atas tindakan mereka sendiri. Masyarakat juga percaya bahwa ODHA bertanggung jawab terhadap penularan HIV/AIDS. Inilah alasan mengapa orang yang terinfeksi HIV diperlakukan tidak adil, didiskriminasi dan stigma karena penyakit HIV yang diderita. Tingginya penolakan masyarakat dan lingkungan terhadap keberadaan ODHA menyebabkan sebagian ODHA hidup dengan merahasiakan statusnya, bahkan ODHA mengalami depresi dan kecemasan yang berlebihan akibat pengaruh faktor yang ditimbulkan dari stigma masyarakat.⁷

2.1.3 Epidemiologi

Jumlah keseluruhan penyakit HIV di Indonesia sekitar 540 000 [sekitar 510 000 - 570 000 orang].¹³ Sebagian besar orang yang hidup dengan HIV (ODHA) berusia antara 25 - 49 tahun yaitu 5,8% berusia di bawah 19 tahun. Pada tahun 2020, sekitar 64% orang yang hidup dengan HIV (ODHA) menyadari kondisinya. Hanya 34% dari penderita HIV yang di tes

positif untuk melakukan terapi antiretroviral (ARV), dimana 17% mengalami penekanan virus. HIV/AIDS ditandai dengan melemahnya sistem kekebalan tubuh secara bertahap.¹⁴ Infeksi HIV menyebabkan orang yang hidup dengan HIV (ODHA) menimbulkan berbagai dampak buruk seperti terganggunya psikologis, sosial (stigma dan diskriminasi), dan ekonomi.¹⁵

Provinsi dengan prevalensi HIV yang lumayan tinggi dan respon masyarakat yang relatif rendah berada di provinsi Papua dan Kalimantan Barat. Di Kalimantan Barat terdapat tiga kota yaitu Pontianak, Singkawang dan Sintang diperkirakan memiliki prevalensi HIV tertinggi. Angka infeksi HIV di Pontianak tergolong tinggi karena Pontianak merupakan ibu kota Kalimantan Barat yang terletak di daerah kota khatulistiwa yang merupakan pusat perdagangan di Kalimantan.¹⁶ Saat ini di kota Singkawang terdapat 1.284 penderita HIV/AIDS dan 418 orang pengidap AIDS. Berdasarkan jenis kelamin, 67,8% atau setara dengan 870 orang laki-laki dan 32,2% atau setara dengan 414 orang perempuan. Berdasarkan kelompok umur, terdapat 892 orang yang hidup dengan HIV/AIDS di Kota Singkawang yang berusia antara 25 dan 49 tahun.

2.1.4 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Penderita HIV Depresi dan Kecemasan

Secara keseluruhan di seluruh dunia, masalah kesehatan mental lebih umum terjadi pada orang dengan HIV/AIDS dibandingkan dengan populasi umum. Orang yang hidup dengan HIV berisiko lebih tinggi terhadap berbagai penyakit tidak menular (NCD). Karena HIV/AIDS adalah penyakit diskriminatif, orang-orang sering terpengaruh oleh kurangnya dukungan sosial, rendahnya harga diri, stigma dan diskriminasi oleh masyarakat. Pada akhirnya HIV/AIDS membuat penderita HIV lebih rentan terhadap masalah psikologis seperti depresi dan kecemasan. Selain pengaruh langsung dari HIV dan pengaruh jejaring sosial mengakibatkan stres psikologis pada orang yang hidup dengan HIV (ODHA) serta efek samping obat anti-retroviral (ARV) juga dapat menjadi faktor pendorong berkembangnya masalah HIV.¹⁷

2.1.5 Penularan (Transmisi HIV)

HIV bisa ditularkan melalui berbagai cairan tubuh seperti darah, ASI, air mani, dan cairan vagina. HIV juga dapat ditularkan selama kehamilan dan persalinan. HIV tidak dapat ditularkan melalui kontak biasa sehari-hari seperti berciuman, berpelukan, berjabat tangan,

atau berbagi barang pribadi, makanan, atau air. Orang yang terinfeksi HIV serta menjalani terapi antiretroviral (ART) dan menjalani penekanan virus harus berhati-hati agar tidak menularkan HIV ke pasangan seksualnya. Oleh karena itu, penerapan terapi antiretroviral (ARV) dan kepatuhan pengobatan sangat penting tidak hanya untuk meningkatkan kesehatan masyarakat orang yang hidup dengan HIV (ODHA), tetapi juga untuk mencegah penularan HIV.

2.2 *Coping Strategies*

2.2.1 *Definisi Coping Strategies*

Coping merupakan definisi dari pikiran dan perilaku yang digerakkan untuk menghadapi situasi seperti keadaan stres, depresi, dan kecemasan secara internal dan eksternal. *Coping strategies* adalah cara seseorang untuk mengatasi stres, depresi, dan kecemasan. Ini adalah karakteristik yang relatif stabil karena menentukan perilaku seseorang dalam menanggapi perilaku stres, depresi, dan kecemasan. Secara umum, *coping* terbagi menjadi coping reaktif (reaksi mengikuti stressor) dan coping proaktif (tujuannya untuk menetralkan stressor yang akan datang). Individu proaktif unggul di lingkungan yang stabil karena mereka lebih rutin, kaku, dan kurang responsif terhadap tingkat stres, depresi, dan sedangkan individu reaktif tampil lebih baik di lingkungan yang bervariasi.¹⁸

2.2.2 *Jenis-Jenis Coping Strategies*

Ada dua jenis strategi coping yang pertama adalah strategi coping yang berfokus pada masalah (*problem-focused coping strategies*) dan yang kedua adalah strategi coping yang berfokus pada emosi (*emotional-focused coping strategies*). Berikut penjelasan mengenai jenis – jenis *coping strategies*:

- Strategi yang Fokus pada Masalah (*Problem-Focused Coping Strategies*)

Strategi coping untuk mengurangi stressor dengan mempelajari hal baru atau keterampilan baru yang berfungsi untuk mengubah situasi, keadaan atau individu yang menggunakan Strategi yang fokus pada masalah (*problem-focused coping strategies*) cenderung menggunakan strategi kognitif secara langsung untuk memecahkan dan menemukan informasi yang dapat digunakan untuk memecahkan masalah. Strategi kognitif digunakan untuk mengatasi stres dan menemukan cara yang baik untuk mengatasi stres dengan memodifikasi, mengubah atau meminimalkan situasi yang mengancam. *Problem-*

focused coping strategies yang berfokus pada masalah biasanya digunakan untuk memecahkan masalah yang berpotensi dikendalikan oleh individu.

- Strategi Koping yang fokus pada Emosi (*Emotional-Focused Coping Strategies*)

Upaya individu untuk mengelola respons emosional terhadap situasi yang sangat menegangkan. Strategi koping ini bersifat defensif karena individu bereaksi secara emosional terhadap stres. Saat mencari dukungan sosial, individu yang menggunakan strategi coping emosional lebih fokus untuk mengurangi emosi negatif selama masa stres. Strategi coping yang berfokus pada emosi digunakan ketika seseorang memiliki masalah yang tidak dapat dikendalikan. Dukungan yang dimaksud dengan strategi coping ini adalah dukungan yang datang dari teman, keluarga, dan kegiatan lain yang lebih bersifat positif. Kegiatan ini bisa berkaitan dengan olahraga, hobi positif, berdoa kepada Tuhan, dan lain-lain untuk menekan stressor.¹⁰

2.3. Depresi

2.3.1. Definisi Depresi

Menurut DSM-V, Depresi adalah tanda dan gejala yang ditandai dengan perasaan tertekan atau kehilangan minat serta hilangnya perasaan senang dalam kebanyakan aktivitas. Depresi adalah gangguan mood yang ditandai dengan suasana hati yang terus – menerus merasa sedih, kosong, mudah tersinggung, bersamaan dengan gejala kognitif dan somatik tertentu.¹⁹

2.3.2. Gejala Depresi

Gejala depresi meliputi perasaan sedih, kehilangan minat dan kesenangan dalam melakukan aktivitas serta terganggunya pola tidur dan nafsu makan. Gejala gangguan kecemasan umum pada remaja termasuk kekhawatiran, ketakutan, dan hiperarousal yang tak terkendali.²⁰

2.3.3. Etiologi Depresi

Etiologi depresi beragam dan mencakup beberapa faktor berbeda yang terkait dengan genetik, stres dan trauma pada awal kehidupan, kecemasan, kognitif, perilaku sosial, dan baru-baru ini aspek neurokimia individu yang penting dalam prognosis penyakit. Penyebab depresi sangat beragam seperti kelompok gejala penyakit itu sendiri, mulai dari predisposisi genetik hingga trauma dini dan stres hingga komorbiditas dengan penyakit otonom seperti penyakit Alzheimer.²¹

Penyakit neurodegeneratif (terutama penyakit Alzheimer dan penyakit Parkinson), stroke, multiple sclerosis, gangguan kejang, kanker, degenerasi makula, dan nyeri kronis

telah dikaitkan dengan tingkat depresi yang lebih tinggi. Peristiwa dan masalah hidup adalah pemicu perkembangan depresi. Peristiwa traumatis seperti kematian atau kehilangan orang yang dicintai, kurangnya atau berkurangnya dukungan sosial, ketegangan pengasuh, masalah keuangan, hubungan dan konflik adalah contoh stresor yang dapat memicu depresi.²²

2.3.4. Penatalaksanaan Depresi

Pengobatan dan psikoterapi singkat (terapi perilaku kognitif, terapi interpersonal) yang dapat meredakan gejala depresi. Terapi kombinasi juga memperbaiki gejala depresi yang tinggi, peningkatan kualitas hidup, dan kepatuhan pengobatan yang lebih baik. Ada juga bukti empiris yang mendukung kemampuan CBT (terapi perilaku kognitif) untuk mencegah kekambuhan. Terapi elektrokonvulsif berguna untuk pasien yang tidak merespon terapi dengan baik atau yang berisiko bunuh diri.

✓ Farmakoterapi

- *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI) : Keuntungan SSRI adalah kemudahan dosis dan toksisitas rendah jika terjadi overdosis. SSRI juga obat lini pertama untuk depresi onset lambat. SSRI meliputi : Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline, Vilazodone, Vortioxetine
- *Serotonin/norepinephrine reuptake inhibitors* (SNRIs): SNRIs, yang meliputi venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, dan levomilnacipran, dapat digunakan sebagai obat lini pertama. Terutama pada pasien dengan sindrom kelelahan atau nyeri hebat yang terkait dengan episode depresi. SNRI juga memainkan peran penting sebagai obat lini kedua pada pasien yang tidak menanggapi SSRI.
- *Antidepresan Atipikal* : antidepresan atipikal termasuk bupropion, mirtazapine, nefazodone, dan trazodone. Semuanya terbukti efektif sebagai monoterapi untuk depresi berat dan dapat digunakan dalam kombinasi untuk mengobati depresi yang tingkat tinggi.
- *Modulator Aktivitas Serotonin-Dopamine* (SDAM): SDAM mengandung brexpiprazole dan aripiprazole. SDAM bertindak sebagai agonis parsial pada reseptor 5-HT1A dan dopamin D2 dengan potensi yang sama dan sebagai antagonis pada 5-HT2A dan norepinefrin-1 α . Brexpiprazole diindikasikan sebagai pengobatan tambahan untuk gangguan depresi mayor (MDD).
- *Antidepresan Trisiklik* (TCAS): TCAS meliputi Amitriptyline, clomipramine, desipramine, doxepin, imipramine, nortriptyline, protriptyline, trimipramine. TCA

memiliki sejarah panjang keberhasilan dalam mengobati depresi. Mereka lebih jarang digunakan karena profil efek sampingnya dan toksisitasnya yang signifikan jika terjadi overdosis.

- *Monoamine Oxidase Inhibitors* (MAOIs): MAOI termasuk isocarboxazid, phenelzine, selegiline, dan tranylcypromine. Zat ini banyak digunakan dalam berbagai gangguan mood dan kecemasan. Karena risiko krisis hipertensi, pasien yang memakai obat ini harus menjalani diet rendah tyramine. Efek samping lain mungkin termasuk insomnia, kecemasan, orthostasis, penambahan berat badan dan disfungsi seksual.

✓ Terapi Kejang Listrik (ECT)

Terapi Kejang Listrik (ECT) adalah pengobatan yang sangat efektif untuk depresi. Ini dapat bekerja lebih cepat daripada perawatan obat, dan manfaatnya sering terlihat dalam waktu seminggu setelah memulai perawatan. Kursus ECT (12 sesi) merupakan pengobatan untuk pasien yang tidak responsif terhadap pengobatan, psikotik, bunuh diri, atau bahaya bagi diri mereka sendiri.

✓ Terapi Perilaku Kognitif (CBT)

Terapi Perilaku Kognitif (CBT) adalah bentuk terapi yang berfokus untuk membantu individu mengidentifikasi dan mengubah pola pikir dan perilaku yang maladaptif (16-20 sesi). Ini didasarkan pada asumsi bahwa pasien depresi memiliki "tiga serangkai kognitif" depresi yang mencakup keyakinan negatif tentang diri mereka sendiri, dunia, dan masa depan. CBT untuk depresi biasanya melibatkan strategi perilaku (kegiatan perencanaan) dan restrukturisasi keterampilan kognitif untuk mengubah pikiran otomatis negatif dan mengatasi skema maladaptif. Terapi kognitif berbasis mindfulness (MBCT) dikembangkan untuk mengurangi kekambuhan pada orang yang berhasil diobati untuk episode depresi mayor berulang. Komponen perawatan yang terutama pada terapi MCBT ini adalah pelatihan mindfulness.

✓ Terapi Interpersonal (IPT)

Terapi Interpersonal (IPT) adalah suatu terapi yang dilakukan dalam waktu (16 sesi) untuk gangguan depresi mayor. Terapi interpersonal (IPT) ini merupakan teori lampiran serta menekankan peran hubungan interpersonal dengan fokus pada kesulitan interpersonal saat ini. Area penekanan khusus termasuk kesedihan, perselisihan interpersonal, pembalikan peran, dan defisit antarpribadi.²²

2.4. Kecemasan

2.4.1. Definisi Kecemasan

Menurut Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) mendefinisikan gangguan kecemasan (anxiety) sebagai perasaan takut berlebihan yang terjadi pada seseorang yang berdampak pada terganggunya kegiatan sehari-hari.²³

2.4.2. Gejala Gangguan Kecemasan

Menurut DSM-5, gangguan kecemasan ditandai dengan timbulnya perasaan cemas yang berlebihan ketika ingin melakukan suatu pekerjaan atau aktivitas. Gejala kecemasan ditandai dengan:

- Gelisah atau merasa tertekan atau gelisah
- Menjadi mudah lelah
- Sulit berkonsentrasi atau pikiran menjadi kosong
- Sifat lekas marah
- Ketegangan otot
- Gangguan tidur (sulit jatuh atau tetap tertidur, atau tidur yang tidak memuaskan dan gelisah)²⁴

2.4.3. Etiologi Gangguan Kecemasan

Penyebab gangguan kecemasan menurut DSM-5 dibagi menjadi beberapa kategori yaitu fobia, gangguan kecemasan sosial (social anxiety disorder), gangguan kecemasan berpisah (separation anxiety disorder), gangguan panik (panic disorder) dan gangguan kecemasan umum (generalized anxiety disorder).²³

2.4.4. Jenis-jenis Kecemasan

Gangguan kecemasan sebagaimana didefinisikan dalam Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental:

- Gangguan Kecemasan Sosial

Gangguan ini ditandai dengan ketakutan yang nyata atau intens terhadap situasi sosial di mana orang tersebut dapat diamati. Individu akan takut dan berfikir bahwa dia akan dievaluasi secara negatif dalam keadaan seperti itu. Individu tersebut juga takut dipermalukan, ditolak, dihina atau disakiti. Situasi ini pasti menyebabkan ketakutan atau kecemasan dan dihindari atau bertahan dengan ketakutan dan kecemasan yang besar.

- Gangguan Panik

Serangan panik adalah gelombang ketakutan yang tiba-tiba atau rasa tidak nyaman luar biasa yang memuncak dalam beberapa menit, disertai dengan gejala fisik dan kognitif seperti jantung berdebar (takikardia), berkeringat, sesak nafas, takut gila, atau takut mati. Serangan panik dapat terjadi secara tidak terduga tanpa pemicu yang jelas, atau dapat diharapkan, sebagai respons terhadap objek atau situasi yang ditakuti. Tidak diharapkan, seperti sebagai respons terhadap objek atau situasi yang ditakuti.

- Gangguan Kecemasan Umum

Ciri utama dari gangguan ini adalah kekhawatiran yang terjadi secara terus-menerus dan berlebihan dengan banyak area, termasuk aktivitas kerja dan sekolah yang sulit dikendalikan oleh penderita. Orang tersebut mungkin juga merasa gelisah, stres, atau cemas, cepat lelah, kesulitan berkonsentrasi atau pikiran yang kosong, mudah marah (iritabilitas), ketegangan otot, dan kesulitan tidur.

- Agorafobia

Individu dengan gangguan ini cemas dan gelisah pada dua atau lebih kondisi berikut : menggunakan transportasi umum, berada di luar, berada di ruang tertutup seperti pertokoan dan bioskop, berada dalam antrian atau keramaian, atau sendirian di luar rumah. Penderita takut dan menghindari situasi ini karena dia khawatir jika melarikan diri mungkin sulit dan tidak tersedia bantuan jika terjadi gejala panik atau gejala lain yang melumpuhkan atau memalukan (misalnya jatuh atau inkontinensia).

- Gangguan Kecemasan yang diinduksi Zat/Obat

Gangguan ini termasuk gejala kecemasan yang diakibatkan oleh keracunan atau penarikan zat serta obat-obatan.

- Gangguan Kecemasan Karena Kondisi Medis Lainnya

Gejala kecemasan adalah konsekuensi fisiologis dari penyakit lain. Contohnya termasuk gangguan endokrin seperti hipotiroidisme, hipoglikemia dan hiperkortisolisme; gangguan kardiovaskular, gagal jantung kongestif, aritmia dan emboli paru; penyakit pernapasan: asma dan pneumonia, gangguan metabolisme, B12 atau porfiria; penyakit saraf: tumor, ensefalitis dan gangguan kejang.

- Gangguan Kecemasan Perpisahan

Seseorang dengan gangguan kecemasan akan perpisahan memiliki kecemasan dan ketakutan yang tidak biasa untuk usia dan tingkat perkembangan pemisahan dari figur

keterikatan. Ada kecemasan atau ketakutan yang konsisten dan berlebihan akan bahaya, kehilangan atau perpisahan dari orang yang disayangi. Gejalanya berupa mimpi buruk dan gejala fisik. Meski gejala berkembang di masa kanak-kanak, mereka juga bisa muncul di masa dewasa.

- **Selective Mutism**

Gangguan ini ditandai dengan ketidakmampuan berbicara yang terus-menerus dalam situasi sosial di mana ada harapan untuk berbicara meskipun penderita tersebut berbicara dalam keadaan lain, dapat berbicara, dan memahami bahasa yang diucap. Penyakit ini lebih sering terjadi pada anak kecil dibandingkan pada remaja dan orang dewasa.

- **Fobia Spesifik**

Individu dengan fobia spesifik takut atau situasi tertentu yang mereka hindari atau alami dengan ketakutan atau kecemasan yang besar. Ketakutan, kecemasan, dan penghindaran hampir selalu langsung dan tidak proporsional dengan bahaya yang sebenarnya disebabkan oleh objek atau situasi tertentu. Ada berbagai jenis fobia seperti fobia hewan, fobia pendarahan, fobia cedera dan fobia situasi.²⁵

2.4.5. Faktor-Faktor Mempengaruhi Kecemasan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan dibagi menjadi dua kategori yaitu faktor internal (jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan dan pengalaman pengobatan) dan faktor eksternal (penyakit/diagnosis penyakit, akses informasi, komunikasi terapeutik, lingkungan, pelayanan kesehatan).²⁶

2.4.6. Pencegahan Kecemasan

Pencegahan yang diarahkan pada orang yang sudah memiliki gejala subklinis telah terbukti secara signifikan mengurangi perkembangan gangguan kecemasan yang signifikan secara klinis dan oleh karena itu dapat mewakili intervensi lini pertama yang paling hemat biaya. Meta-analisis telah menemukan kemanjuran yang rendah untuk mencegah kecemasan; Intervensi yang ditargetkan terbukti agak lebih efektif daripada intervensi umum segera setelah intervensi. Data awal yang menggembirakan menunjukkan bahwa tindakan pencegahan terhadap masalah kesehatan mental dan terutama gangguan kecemasan, yang sangat umum dan penting secara sosial ekonomi, sangat membutuhkan penelitian lebih lanjut, sistematis dan terperinci.²⁷

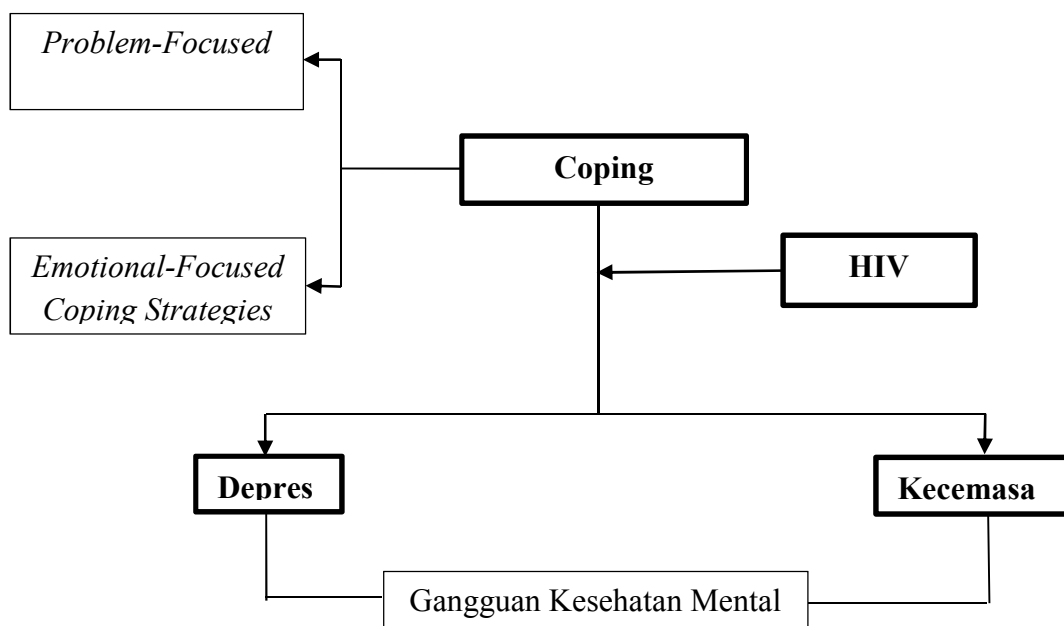
2.4.7. Penatalaksanaan Kecemasan

Kecemasan memerlukan pengobatan dengan benzodiazepin. Pengobatan untuk kecemasan kronis terdiri dari psikoterapi, farmakoterapi, atau kombinasi dari semuanya. Farmakoterapi yaitu Inhibitor reuptake serotonin selektif (SSRI), inhibitor reuptake serotonin norepinefrin (SNRI), benzodiazepin, antidepresan trisiklik, obat penenang ringan, dan beta blocker mengobati gangguan kecemasan.

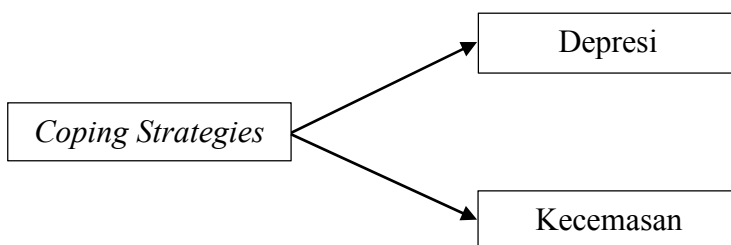
✓ Farmakoterapi

- SSRI (fluoxetine, sertraline, paroxetine, escitalopram, dan citalopram) adalah pengobatan yang efektif untuk semua gangguan kecemasan dan dianggap sebagai pengobatan lini pertama.
- SNRI (venlafaxine dan duloxetine) dianggap sama efektifnya dengan SSRI dan juga dianggap sebagai pengobatan lini pertama, terutama untuk gangguan kecemasan umum (GAD).
- Antidepresan trisiklik (amitriptyline, imipramine dan nortriptyline) berguna dalam mengobati gangguan kecemasan tetapi menyebabkan efek samping yang signifikan.
- Benzodiazepin (alprazolam, klonazepam, diazepam, dan lorazepam) digunakan untuk pengobatan kecemasan jangka pendek. Kecepatan kerja obat dalam waktu 30 menit hingga satu jam. Efektif dalam mempromosikan relaksasi dan mengurangi ketegangan otot dan gejala kecemasan lainnya.
- Buspirone adalah obat penenang yang ringan dan bekerja lambat dibandingkan dengan benzodiazepin dan membutuhkan waktu sekitar 2 minggu untuk mulai bekerja. Ini memiliki keuntungan karena kurang sedatif dan juga tidak membuat ketagihan, dengan gejala penarikan yang minimal. Ini bekerja untuk GAD.
- Beta-blocker (propranolol dan atenolol) mengendalikan gejala fisik kecemasan, seperti jantung berdebar kencang, suara gemetar, berkeringat, pusing, dan tremor. Mereka sangat berguna dalam mengobati fobia, terutama fobia sosial.

2.5. Kerangka Teori



2.6. Kerangka Konsep



BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

3.1.1 Penelitian ini bersifat penelitian observasional dengan pendekatan *cross-sectional*

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1. Tempat Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di RSUD Dr. Abdul Aziz Kota Singkawang Tahun 2023 .

3.2.2. Waktu Penelitian

Penelitian akan dilakukan pada bulan September - Oktober 2023

3.3 Populasi Penelitian

1.3.1. Populasi Target

Pasien HIV dewasa

1.3.2. Populasi Terjangkau

Pasien HIV dewasa yang menjalani perawatan di RSUD Dr. Abdul Aziz Kota Singkawang Pada Tahun 2023

3.4 Sampel dan Cara Pemilihan Sampel

3.4.1. Sampel

Sampel pada penelitian ini merupakan semua pasien HIV dewasa usia produktif di RSUD Dr. Abdul Aziz Kota Singkawang Tahun 2023.

3.4.2. Cara Pemilihan Sampel

Cara pemilihan sampel dengan menggunakan *consesutive sampling*.

3.5 Estimasi Besar Sampel

Pengambilan besar sampel dilakukan dengan rumus peneliti analitik korelatif kategorikal tidak berpasangan.

$$n = \left\{ \frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{0,5|n[(1+r)/(1-r)]} \right\}^2 + 3$$

$$n = \left\{ \frac{1,64 + 1,28}{0,5[n[(1+0,4)/(1-0,4)]]} \right\}^2 + 3$$

$$n = 51$$

dengan demikian, besar sampel dalam penelitian ini adalah 51 sampel.

Keterangan :

n : Besar sampel minimal

α : Kesalahan tipe 1

β : Kesalahan tipe 2

$Z\alpha$: Deviat baku alfa = 1,64

$Z\beta$: Deviat baku beta = 1,28

r : Korelasi minimal yang dianggap bermakna = 0,4

3.6 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.6.1. Kriteria Inklusi

1. Pasien berusia 25-50 tahun yang sedang menjalani perawatan di poli HIV
2. Pasien terdiagnosis HIV lebih dari 7 bulan
3. Pendidikan terakhir SMA
4. Pasien bersedia menjadi responden
5. Pasien yang menggunakan asuransi

3.6.2. Kriteria Eksklusi

1. Pasien terdiagnosis gangguan kesehatan jiwa sebelum terkena HIV/AIDS

3.7 Prosedur Kerja

1. Peneliti mengajukan surat permohonan izin penelitian kepada Fakultas Kedokteran Universitas HKBP Nommensen Medan yang ditujukan kepada pihak RSUD Dr. Abdul Aziz Kota Singkawang Tahun 2023.

2. Peneliti memberikan penjelasan mengenai hal dan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien HIV di RSUD Dr. Abdul Aziz Kota Singkawang Tahun 2023.
3. Memberikan *informed consent* tentang penelitian yang akan dilakukan kepada pasien HIV di RSUD Dr. Abdul Aziz Kota Singkawang Tahun 2023.
4. Membagikan kuisisioner dan memberikan petunjuk pengisian kuisisioner kepada pasien HIV di RSUD Dr. Abdul Aziz Kota Singkawang Tahun 2023.
5. Responden melakukan pengisian kuisisioner dengan lengkap.
6. Setelah selesai mengisi kuisisioner, responden dapat mengumpulkan kuisisioner kepada peneliti.
7. Peneliti melakukan analisa data dari hasil kuisisioner.

3.8 Identifikasi Variabel

Variabel bebas : Coping Strategies

Variabel terikat : Tingkat Depresi dan Kecemasan Penderita HIV/AIDS

3.9 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala Data	Hasil Ukur
<i>Coping Strategies</i>	Cara atau metode seorang individu untuk dapat mengendalikan keadaan yang penuh tekanan dengan berusaha untuk mencari jalan keluar atas masalah yang terjadi dan mencari penyebab utama untuk mengurangi stres yang timbul.	Kuesioner <i>Brief-COPE</i>	Numerik	<p>➤ <i>Problem-Focused Coping Strategies</i> (n=51) dinilai berdasarkan Mean (nilai rata-rata) skor total responden pada subskala Problem Focused yang tersedia dalam kuesioner Brief Cope.</p> <p>➤ <i>Emotional-Focused Coping Strategies</i> (n=51) dinilai berdasarkan Mean (nilai rata-rata) skor total responden pada subskala Emosional Focused yang tersedia dalam kuesioner Brief Cope.</p>

Depresi	Gangguan mood, kondisi emosional berkepanjangan yang ada di seluruh proses mental (berpikir, berperasaan, dan berperilaku seseorang).	Kuesioner <i>HADS</i>	Numerik	Dinilai berdasarkan Mean (nilai rata-rata) skor total responden pada subskala depresi yang tersedia dalam kuesioner HADS.
Kecemasan	Kondisi gangguan yang ditandai dengan kecemasan dan berlebihan yang kekhawatiran dan tidak rasional bahkan terkadang tidak realistic terhadap berbagai peristiwa kehidupan sehari-hari. Kondisi ini hampir dialami sepanjang hari, berlangsung sekurangnya selama 6 bulan.	Kuesioner <i>HADS</i>	Numerik	Dinilai berdasarkan Mean (nilai rata-rata) skor total responden pada subskala kecemasan yang tersedia dalam kuesioner HADS.

3.10 Variabel Instrumen

Untuk mengukur strategi coping pada responden menggunakan instrument *Brief-COPE* yang dikembangkan oleh Carver (1997). Kuesioner ini sudah diterjemahkan kedalam bahasa indonesia dan di validasi oleh penelitian “Hubungan Antara Resiliensi dan Coping Pada Pasien Kanker Dewasa” yang diteliti oleh Clarissa Rizky Rosyani.

Kuesioner *Brief-COPE* terdiri dari 2 dimensi dan terdiri dari 28 item. Dimensi pertama yaitu *Problem-Focused Coping Strategies* yang terdiri 10 item. Dimensi kedua yaitu *Emotional-Focused Coping Strategies* yang terdiri dari 18 item. Interpretasi dari kuesioner *Brief-COPE* adalah dengan menghitung rata-rata nilai tertinggi dan terendah serta standar deviasi dari seluruh responden penelitian.

Instrumen kedua yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) untuk mengukur tingkat depresi dan kecemasan dari responden penelitian. Instrumen HADS dikembangkan oleh Zigmond and Snaith (1983) dan sudah diterjemahkan ke bahasa indonesia serta sudah divalidasi dalam penelitian “Validitas Skala Kecemasan dan Depresi Rumah Sakit” yang diteliti oleh Ingvar Bjelland.

Kuesioner HADS terdiri dari 2 dimensi dan terdiri dari 14 item. Dimensi pertama adalah depresi yang terdiri dari 7 item dan dimensi kedua adalah kecemasan yang terdiri dari 7 item. Interpretasi dari kuesioner HADS ini adalah masing-masing dimensi ada 7 item kemudian dihitung nilai dari skala (0,1,2,3). Setiap item yang termasuk kedalam 2 dimensi yaitu depresi dan kecemasan dinilai rata-rata dan total jumlah hasil skala. Jadi, cara menghitung skor HADS adalah dengan menghitung per-item yang masuk ke depresi dan kecemasan kemudian dikategorikan dengan table score HADS.

3.11 Analisis Data

3.11.1 Analisis Bivariat

Analisis data bivariat yang ditujukan untuk menganalisis korelasi antara coping strategies terh

adap tingkat depresi dan kecemasan penderita HIV/AIDS, dilakukan dengan menggunakan uji analisis korelasi Spearman.