

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Infeksi HIV/AIDS hingga kini masih menjadi masalah kesehatan global, termasuk di Indonesia. *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah sekumpulan gejala yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia akibat infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Virus tersebut menyerang sistem kekebalan tubuh manusia, sehingga individu yang terinfeksi akan mengalami penurunan daya tahan tubuh yang ekstrim sehingga mudah terjangkit penyakit-penyakit infeksi dan keganasan yang dapat menyebabkan kematian. AIDS merupakan tahap akhir dari infeksi HIV, perjalanan HIV akan berlanjut menjadi AIDS membutuhkan waktu sekitar 10 sampai 15 tahun (WHO, 2014).

Menurut WHO, lebih dari 12 juta orang terinfeksi HIV di seluruh dunia dan hampir 2 juta HIV positif berkembang menjadi AIDS. HIV menjadi penyebab kematian urutan ke-4 utama di dunia (Logie, Jenkinson, Earnshaw, Tharao, & Loutfy, 2016). Penderita AIDS yang meninggal dunia diperkirakan lebih dari 1 juta orang di seluruh dunia pada tahun 2000 (Otto, 2012). Pada tahun 2015 lebih dari 87 juta orang hidup dengan HIV/AIDS. Pada tahun 2016 terdapat 4,9 juta orang baru terinfeksi dan lebih dari 3,1 juta kematian terjadi disebabkan oleh AIDS. Menurut Otto (2012), penderita infeksi HIV di Amerika sekitar 3 juta dan yang sudah berkembang menjadi AIDS sebanyak 339.250 kasus dan telah membunuh 204.390 orang orang, bahkan diperkirakan ini akan terus berkembang terus setiap hari pada kelompok usia 20-24 tahun sebesar 36,9 dari 100.000 penduduk (Yusri & Rasmaliah, 2012).

Indonesia termasuk sebagai negara dengan tingkat endemi terkonsentrasi (*concentrated level epidemic*), dimana prevalensi AIDS mencapai 5% terjadi pada sub-populasi tertentu, misalnya PSK (Pekerja Seks Komersial), kelompok penyalahgunaan NAPZA (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif), dan anak-anak jalanan (Nasronudin, 2016). Tahun 1987 sampai 2016 telah mencapai 150.296 kasus HIV dan 55.799 kasus AIDS. Tahun 2014 terdata dari 1 Oktober sampai dengan 31 Desember 2016 terdata 41.250 kasus HIV dan 7.491 AIDS dengan rasio

kasus antara laki-laki dan perempuan adalah 2:1, dengan persentase faktor risiko 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 RI & Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Berdasarkan data Profil Kesehatan Provinsi Banten tahun 2016, Banten merupakan provinsi dengan jumlah kasus yang cukup besar yaitu posisi ke-16 pada tingkat nasional. Berdasarkan data tahun 2016 terdapat 5.600 kasus HIV dan 1.641 kasus AIDS di Provinsi Banten dengan penderita terbanyak dari kalangan wiraswasta sekitar 22,5% dan ibu rumah tangga sekitar 18,4%, dimana kasus HIV lebih banyak diderita oleh laki-laki yaitu sebesar 54% dibandingkan dengan perempuan dan pada kelompok umur tertinggi adalah 25-50 tahun. HIV/AIDS dari tahun ke tahun terus meningkat, meskipun berbagai upaya preventif terus dilaksanakan.

Pengobatan virus HIV belum ditemukan hingga saat ini dan yang ada hanya pengobatan yang diberikan untuk menekan perkembang biakan virus di dalam tubuh, sehingga orang dengan terinfeksi virus HIV akan hidup selamanya dengan virus tersebut didalam tubuhnya. Pada lingkungan sosial dan kehidupannya orang dengan HIV/AIDS akan menimbulkan masalah kesehatan seperti infeksi dan keganasan seperti TB paru, pneumonia, herpes simpleks, diare kronik, hepatitis, sarkoma kaposi, limfoma, dan infeksi / kelainan neurogenik, selain itu akan muncul masalah dilingkungan sosial salah satunya adanya stigma dari masyarakat yang memandang penyakit HIV adalah penyakit yang berbahaya. Akibat stigma yang timbul dimasyarakat akan menimbulkan masalah psikososial pada penderita, salah satunya adalah depresi (Nasronudin, 2016).

Depresi adalah gangguan tingkat mood, kondisi emosional berkepanjangan yang mewarnai seluruh proses mental (berpikir, berperasaan dan berperilaku) seseorang, munculnya perasaan tidak berdaya dan kehilangan harapan yang disertai perasaan sedih, kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi yang menuju kepada meningkatnya keadaan mudah lelah yang sangat nyata dan berkurangnya aktivitas (Willem, Rebecca, & Tim, 2012). Depresi merupakan masalah yang serius. Depresi menduduki urutan ke 4 masalah terbesar yang

dihadapi ODHA (orang dengan HIV/AIDS). Depresi disebabkan karena perasaan ketidakberdayaan dan kehilangan harapan terhadap penyakit yang tidak mungkin sembuh (McDowell, 2006). Gejala yang bisa ditimbulkan oleh depresi yaitu perasaan sedih, putus asa, tidak berdaya, merasa rendah diri, merasa bersalah, merasa tidak berharga, keinginan untuk bunuh diri, menarik diri dari pergaulan, memberikan ekspresi “pasrah”, sulit tidur, dan hilangnya nafsu makan (Gorman & Sultan, 2008). Menurut penelitian Amiya, Poedel, Poudel-Tandukar, Pandey, & Jimba, (2014), yang dilakukan di Nepal dengan jumlah sampel 332 ODHA, disampaikan bahwa akan muncul masalah psikologis seperti depresi, keinginan bunuh diri yang disebabkan oleh beberapa hal seperti: ketidakpatuhan dalam proses pengobatan, pengobatan yang lama dan seumur hidup, menurunnya kualitas hidup, progres perjalanan penyakit itu sendiri dan ketakutan akan datangnya kematian.

Nasronudin (2016), menjelaskan dalam bukunya bahwa saat individu yang telah terinfeksi HIV/AIDS, kemudian pada saat hasil tes tersebut akan disampaikan (atas pemberitahuan dokter), penderita akan mengalami kondisi psikologis seperti stres, shock, depresi dan perasaan putus asa sehingga dapat menimbulkan keinginan untuk bunuh diri ataupun rasa dendam kepada orang lain.

Menurut penelitian Choi et al., (2016) di Ontario Canada didapatkan 990 ODHA dan yang mengalami depresi (50%) atau sebanyak 493 orang. Pasien yang menggunakan antidepresan sebanyak 407 (39%). Pasien diidentifikasi adalah: gay, lesbian, biseksual, tingkat ekonomi yang rendah, tingkat pendidikan yang rendah. Prevalensi diperkirakan mencapai 60% dari total kasus depresi yang ada. Angka ini lebih tinggi dari prevalensi depresi yang ada pada masyarakat umum, yaitu hanya sekitar 51% dari total kasus depresi (Amiya et al., 2014). Kalichman & Simbayi, (2003) menyatakan, satu dari empat penderita HIV/AIDS mengalami depresi dengan rentang usia 31-45 tahun, yang pada akhirnya akan menimbulkan keputusan dan pada akhirnya menimbulkan keinginan bunuh diri, hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah: tidak adanya dukungan keluarga, dukungan sosial, stigma, pengobatan yang lama, sosial ekonomi, ketidakpastian akan nasib, ketakutan terhadap datangnya kematian.

Menurut penelitian Amiya, et al (2014) dalam studi *Perceived Family Support, Depression And Suicide Ideation Among People Living With HIV/AIDS* di

paparkan bahwa kondisi depresi dan keinginan untuk bunuh diri sering terjadi pada pasien dengan HIV/AIDS hal ini sangat mempengaruhi terhadap kualitas hidup, kepatuhan dalam pengobatan, mempengaruhi juga dalam progress penyakitnya dan pada akhirnya dekat dengan kematian. Dalam studi ini dinyatakan ada hubungan dukungan keluarga dengan kejadian depresi dan keinginan bunuh diri pada pasien HIV/AIDS. Dukungan keluarga merupakan faktor penentu untuk menimbulkan kejadian depresi dan keinginan untuk bunuh diri pada pasien HIV/AIDS. Dukungan keluarga yang diberikan secara hangat dan bersama-sama dalam anggota keluarga tersebut dapat meningkatkan perawatan dan konseling yang berfokus pada memperbaiki hubungan yang negatif sehingga dukungan keluarga ini dapat menjadikan bagi ODHA untuk memiliki pegangan atau pijakan khususnya dukungan secara emosional.

Studi terkait Stigma yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara stigma dengan intensitas gejala HIV, depresi, buruknya kepatuhan dalam pengobatan (*adherence*) terapi, dan kualitas hidup pada ODHA. Stigma juga berhubungan dengan kekhawatiran untuk menyingkapkan status HIV sehingga dapat menghalangi ODHA untuk mencari pelayanan kesehatan medis, memperoleh terapi yang adekuat, dan menerapkan perilaku pencegahan terhadap penularan HIV ke orang lain. Hal-hal tersebut akhirnya akan meningkatkan risiko transmisi HIV (Yi et al., 2015).

Stigma terkait HIV memiliki hubungan dengan intensitas gejala-gejala HIV yang dirasakan oleh ODHA. Studi terhadap 55 subjek ODHA ras Afrika-Amerika menunjukkan bahwa gejala-gejala HIV yang dirasakan ODHA dengan intensitas tinggi adalah gangguan gastrointestinal, perubahan tubuh, ketakutan, dan kelelahan (*fatigue*). Studi ini menyimpulkan bahwa intensitas gejala HIV yang dirasakan ODHA memiliki hubungan positif dengan *perceived stigma*. Studi lain yang dilakukan di lima negara Afrika juga menunjukkan hal yang sama. ODHA yang melaporkan peningkatan intensitas gejala HIV juga memiliki *perceived stigma* yang lebih tinggi (Siegel & Schrimshaw, 2000).

Berbagai studi menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara depresi dan stigma terkait HIV pada ODHA. Studi pada 400 subjek ODHA di India menunjukkan bahwa ODHA dengan tingkat *perceived stigma* yang berat memiliki

risiko 3,4 kali lebih tinggi untuk mengalami depresi berat. (Choi, Boyle, Cairney, Gardner, et al., 2016). Stigma terkait HIV memiliki dampak negatif terhadap kualitas hidup ODHA. Suatu studi dengan subjek 310 ODHA di Beijing menggunakan instrumen SF 36 untuk mengukur kualitas hidup dan *Berger HIV Stigma Scale* menunjukkan bahwa kualitas hidup pada ODHA memiliki hubungan negatif dengan *perceived stigma*. Semakin besar stigma yang dirasakan oleh ODHA, semakin rendah kualitas hidupnya. Studi lain pada 726 subjek ODHA juga menunjukkan bahwa *perceived stigma* memiliki dampak negatif yang bermakna pada kualitas hidup ODHA (Siegel & Schrimshaw, 2000).

Stigma terkait HIV memiliki hubungan dengan ketidakpatuhan dalam pengobatan (*adherence*) terhadap terapi ARV. Stigma diidentifikasi sebagai salah satu alasan untuk *missing medication doses*. Studi pada lima negara di Afrika menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara *perceived HIV stigma* dengan laporan ODHA mengenai *missed medication*. ODHA yang melaporkan lebih banyak *missing* terhadap obat-obat ARV juga melaporkan tingkat *perceived HIV stigma* yang lebih tinggi. Studi tersebut menunjukkan bahwa buruknya *adherence* terhadap ARV berhubungan dengan stigma yang dialami oleh ODHA (Niu et al., 2016; Yi et al., 2015).

Stigma terkait HIV juga berhubungan dengan akses terhadap pelayanan kesehatan medis. Pada suatu studi di Los Angeles, *internalized stigma* pada ODHA memiliki hubungan yang bermakna dengan buruknya akses terhadap pelayanan kesehatan. Stigma yang dirasakan oleh ODHA membuat mereka mengembangkan berbagai mekanisme koping untuk mengatasinya. Suatu studi kualitatif menggunakan *focus group discussion* dilakukan di lima negara Afrika untuk mengidentifikasi strategi koping yang digunakan oleh ODHA dalam mengatasi stigma terkait HIV. Strategi koping emosional (*emotional coping strategies*) yang digunakan ODHA adalah rasionalisasi, melihat diri sendiri sebagai OK, membiarkannya, beralih ke Tuhan (religi), berharap, dan menggunakan humor. Strategi koping yang berfokus pada masalah (*problem-focused coping strategies*) yang digunakan ODHA adalah bergabung dengan kelompok dukungan sosial, membuka status HIV, berbicara dengan orang lain yang memiliki masalah yang sama, mencari konseling, menolong atau mengedukasi orang lain, mengubah

perilaku, mengusahakan supaya diri sendiri tetap aktif, belajar dari orang lain, berusaha memperoleh pengetahuan dan pemahaman tentang penyakit, dan mendapat pertolongan dari orang lain. Studi ini menunjukkan bahwa strategi koping yang dikembangkan oleh ODHA di negara-negara Afrika tersebut cenderung dipelajari sendiri dan hanya membantu dalam derajat sedang untuk mengelola *perceived stigma*.

Penanganan pasien depresi dapat dilakukan dengan menggunakan terapi farmakologi dan non farmakologi ataupun kombinasi keduanya. Terapi yang efektif jika melibatkan semua aspek: bio, spiko, sosial, spiritual, mengingat ODHA mengalami gangguan pada aspek fisik dan psikologis (Nasronudin, 2016).

Terapi komplementer saat ini bukan hal yang baru, namun sebaliknya banyak inovasi yang dapat dilakukan untuk mengurangi / mengatasi masalah-masalah kesehatan. *Complementary and Alternative Therapies in Nursing* menjelaskan didalam bukunya bahwa begitu banyak variasi terapi yang dapat digunakan sebagai contoh: *Mind-body-spirit therapies, Manipulative and Body Based Therapies, Natural Product, Energy Therpies* (Toneatto & Nguyen, 2007).

Menurut penelitian Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach (2004), *Meta analisa of randomise controll trial* dengan jumlah sampel 578 ODHA dilakukan intervensi: *Mindfulness-Based Intervention* (MBI), didapatkan hasil bahwa intervensi ini berhasil menurunkan tingkat depresi dan direkomendasikan untuk dilakukan lebih lanjut. *Mindfulness-Based Intervention* (MBI) sangat beragam dilihat dari teknis pelaksanaannya, diantaranya adalah: *Mindfulness Base Stress Reduction* (MBSR), *Mindfulness Based Coqnitve Therapy* (MBCT) dan disamping itu dengan upaya berdoa atau menggunkan *self healing* seperti *Mindfulness* dengan pendekatan doa buka hati) yang bertujuan untuk lebih menerima kondisi dan mendekatkan diri kepada Tuhan yang maha esa. (Kouabenan, Ngueutsa, & Mbaye, 2015).

Mindfulness Based Intervention: doa buka hati adalah doa lintas agama yang ditujukan bagi semua orang yang ingin lebih membuka hatinya untuk Tuhan. Doa buka hati adalah memohon berkat Tuhan untuk memberkati agar perasaan, emosi-emosi negatif dapat berkurang, maka muncul rasa hati yang damai, hati penuh ketenangan dan dengan penuh ke-ikhlasan dalam menerima keadaan atau kondisi

saat ini. Doa buka hati termasuk dalam terapi berbasis kesadaran (*mindfulness*) yang dapat dilakukan dengan hanya mendengarkan dan mengikuti sesuai instruksi suara doa yang telah terstruktur melalui media audio, doa dapat dilakukan secara berulang-ulang (Zwan, Vente, Huizink, Bögels, & de Bruin, 2015). Berdasarkan studi *Alternative Medicine Care Outcome in AIDS.*, (2014) dari 1995-1997, 63% dari 1675 pasien HIV dilaporkan sebanyak 1660 memakai obat komplementer dan terapi alternatif dari berbagai jenis salah satunya dilakukan dengan cara meditasi, *mindfulness (mind-body)* dan berdoa.

Teknis *Mindfulness Based Intervention*: Doa buka hati memiliki kombinasi antara suara/intruksi/perkataan (*audio*) yang didengarkan melalui rekaman, musik instrumental sebagai pembuka sebagai fungsi untuk membuat awal yang baik atau niat atau suatu cara untuk memulai memfokuskan dengan keadaan saat ini, teknik napas dalam dan lambat. Hal itu semua akan mempengaruhi sistem saraf otonom melalui penghambatan sinyal reseptor peregangan dan arus hiperpolarisasi baik melalui jaringan saraf dan non-saraf dengan mensinkronisasikan elemen saraf di jantung, paru-paru, sistem limbik, dan korteks serebri. Selama inspirasi, peregangan jaringan paru menghasilkan sinyal inhibitor atau penghambat yang mengakibatkan adaptasi reseptor peregangan lambat atau *slowly adapting stretch receptors (SARs)* dan hiperpolarisasi pada fibroblas. Kedua penghambat impuls dan hiperpolarisasi ini dikenal untuk mensinkronkan unsur saraf yang menuju ke modulasi sistem saraf dan penurunan aktivitas metabolik yang merupakan status saraf parasimpatis (Jerath et al, 2006). Aktivasi kerja saraf parasimpatis menimbulkan respon relaksasi. Respon relaksasi yang berasal dari iringan instrumen dan ucapan kalimat instruktur yang ditimbulkan oleh saraf parasimpatis bekerja dengan cara menstimulasi medula adrenal untuk menurunkan pengeluaran epinephrine, norepinephrine, cortisol serta meningkatkan nitric oxide. Keadaan tersebut akan menyebabkan perubahan respon tubuh seperti penurunan denyut nadi, tekanan darah, konsumsi oksigen, metabolisme tubuh, produksi laktat dan seseorang merasakan perasaan tenang, nyaman, ikhlas dan mengurangi depresi (Park et al, 2013). Mekanisme pengaruh *Mindfulness Based Intervention*: Doa Buka Hati secara audio yang diberikan pada pasien depresi dapat dilihat keberhasilannya dari

beberapa parameter: *blood pressure, heart rate, respiratory rate*, saturasi oksigen (Gotink, et al., 2015).

Berdasarkan pada pendekatan *Psychoneuroimmunology* dapat dijelaskan bahwa keadaan depresi yang dialami pasien HIV/AIDS akan memodulasi sistem imun melalui jalur HPA (*Hypothalamic-Pituitary-adrenocortical*) axis dan sistem limbik (yang mengatur emosi dan *learning process*). Kondisi stres tersebut akan menstimulasi *hypothalamus* untuk melepaskan neuropeptida yang akan mengaktifasi ANS (*Autonomic Nerve System*) dan hipofise untuk mengeluarkan kortikosteroid dan katekolamin yang merupakan hormon-hormon yang bereaksi terhadap kondisi stress. Peningkatan kadar glukokortikoid akan mengganggu sistem imunitas, yang menyebabkan pasien akan semakin rentan terhadap infeksi oportunistik (Gunawan & Sumadio, 20007).

Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian Robinson (2003) yang melaporkan bahwa ODHA yang mengalami depresi kronis akan mengalami penurunan yang tajam dalam jumlah sel CD4 selama 2 tahun dibanding ODHA yang tidak depresi. Hal tersebut akan semakin memperburuk derajat kesehatan fisik pasien. Kadimpati, Zale, Hooten, Ditre, & Warner (2015), menyebutkan bahwa stres dapat membawa pengaruh negatif dan dapat mempengaruhi sistem imun seseorang. Seseorang yang terinfeksi HIV/AIDS tanpa depresi saja sudah mudah mengalami penurunan daya tahan tubuh karena gangguan sistem imun apalagi ditambah dengan adanya depresi.

Depresi adalah respon alami dan peringatan pada tubuh manusia yang memerlukan proses adaptasi. Respon alami ini dapat menjadi gangguan patologis berlebihan dan tidak terkendali. Menurut Kendrick et al (2008), keadaan stres yang berlebihan pada pasien depresi berperan penting terhadap perkembangan penyakit pada klien HIV (+) yaitu dapat mempercepat terjadinya replikasi virus dan menekan respon klien sehingga dapat memperpendek periode HIV (+) tanpa gejala dan mempercepat perjalanan penyakit menuju AIDS.

Hasil penelitian *systematic review* oleh Strauss, Cavanagh, Oliver, & Pettman (2014), bertujuan untuk menilai efek dari terapi berbasis kesadaran (*mindfulness*) pada orang dengan HIV dan mengidentifikasi perbandingan peserta yang mendapat terapi berbasis kesadaran (*mindfulness based therapy's / MBTs*),

termasuk *mindfulness based stress reduction* (MBSR) dan berbasis *mindfulness based cognitif therapy* (MBCT), dengan peserta kelompok kontrol secara psikologis. Hasil penelitian menjelaskan bahwa tujuh artikel menjelaskan 620 orang terinfeksi HIV yang terdaftar menjelaskan bahwa pasien yang menerima MBTs mengalami penurunan perasaan stres secara signifikan setelah 8 minggu (0,03%) dari MBTs dan penurunan perasaan depresi setelah keduanya 8 minggu (0,04%) dan 6 bulan (0,02%). Selain itu, beberapa pasien yang menerima pelatihan MBSR atau MBCT menunjukkan peningkatan CD⁴ masing masing 8 minggu dan 6 bulan.

Menurut hasil penelitian Patrick, Edens, Poythress, Lilienfeld, & Benning, (2006) yang bertujuan untuk menguji pengaruh pengurangan stres dengan MBSR pada persepsi stres, mood, fungsi endokrin, kekebalan, dan hasil kesehatan fungsional pada individu yang terinfeksi dengan *human immunodeficiency virus* (HIV). Hasil penelitian menjelaskan bahwa adanya peningkatan jumlah aktivitas sel pembunuh alami secara signifikan pada kelompok MBSR dibandingkan dengan kelompok pembanding. Tidak ada perubahan atau perbedaan yang signifikan untuk psikologis, endokrin atau variabel kesehatan fungsional.

Munculnya masalah yang dialami pasien HIV/AIDS mempengaruhi aspek fisik, psikologis, sosial dan spiritual serta mempengaruhi kemampuan pasien dalam perawatan kesehatan dan depresi yang berkelanjutan akan menyebabkan penurunan kondisi secara fisik dan mental, sehingga dapat menyebabkan isolasi sosial, sebagai akibatnya ODHA tidak patuh terhadap program pengobatan yang harus dijalani. Menurut Sister Calista Roy dengan teori "Model Adaptasi" yang berfokus pada konsep adaptasi manusia, menjelaskan bahwa manusia / individu mengalami stimulus lingkungan secara terus menerus, maka pada akhirnya individu memberikan respon dan adaptasi pun terjadi, respon ini dapat berupa respon adaptif dan respon inefektif (Alligood, 2014). Perawat juga berperan dalam perawatan pasien-pasien dengan HIV/AIDS, sehingga diharapkan dengan adanya perubahan situasi dan kondisi yang dialami pasien dengan HIV/AIDS dan adanya perawatan yang diberikan dengan terus menerus kepada pasien sehingga pasien mengalami penyesuaian-penyesuaian dengan kondisi yang dialami serta berpengaruh pada keaktifan dalam mengikuti terapi-terapi yang diberikan untuk proses pemulihan.

Hasil dari wawancara singkat dengan petugas poli khusus perawatan dan pengobatan HIV/AIDS RSUD Kabupaten Tangerang, didapatkan dari laporan Bulanan terhitung dari bulan Maret-Mei 2017 (3 bulan), kunjungan pasien ODHA berjumlah 197 orang, dengan rata-rata setiap bulannya: 50-60 orang, dari total keseluruhan pasien yang berjenis kelamin lebih banyak yaitu 72 %, usia ada di kisaran 25-49 tahun. Pasien ODHA yang berkunjung ke poli memiliki tujuan yang beragam, dimulai dari test HIV, mengambil obat rutin, berobat dan konsultasi dengan gejala lain, dari hasil temuan saat ini masalah yang dihadapi oleh pasien bukan hanya masalah fisik seperti keluhan: diare, berat badan menurun, TB paru, stomatisia, bahkan terlihat ada gangguan psikologis. Sebagai contoh kasus Tn Y laki-laki usia 32 tahun datang diantar oleh ibu kandungnya untuk mengambil obat rutin, dia datang dengan muka lesu, pakaian lusuh, serta memaki-maki ibunya di depan petugas, tidak mau bicara dengan petugas, sang ibu menjelaskan bahwa sifatnya berubah kurang lebih 5 bulan yang lalu dan pernah melihat anaknya tersebut membenturkan kepalanya di dinding rumah, saat ini sang ibu sedih melihat putra kesayangannya seperti ini.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan dari fenomena dan hasil penelitian diatas, peneliti tertarik untuk meneliti “Efektifitas *Mindfulness Based Intervention*: Doa Buka Hati Terhadap Perubahan Depresi Pada Pasien HIV/AIDS di RSUD Kabupaten Tangerang”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Secara umum tujuan dilakukannya penelitian ini adalah untuk mengetahui “Efektifitas *Mindfulness Based Intervention*: Doa Buka Hati Terhadap Perubahan Tingkat Depresi Pada Pasien HIV/AIDS di RSUD Kabupaten Tangerang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengetahui karakteristik responden meliputi: Usia, Jenis kelamin, Tingkat pendidikan, Lama didiagnosa sakit HIV/AIDS, Stigma, Dukungan keluarga dan tingkat depresi.

- 1.3.2.2 Menganalisis perubahan depresi pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan *Mindfulness Based Intervention: Doa Buka Hati* pada pasien dengan HIV/AIDS di RSUD Kabupaten Tangerang.
- 1.3.2.3 Menganalisis perubahan depresi pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah dilakukan *Mindfulness Based Intervention: Doa Buka Hati* pada pasien dengan HIV/AIDS di RSUD Kabupaten Tangerang.
- 1.3.2.4 Menganalisis pengaruh Usia terhadap perubahan depresi setelah dilakukan *Mindfulness Based Intervention: Doa Buka Hati* pada pasien dengan HIV/AIDS di RSUD Kabupaten Tangerang.
- 1.3.2.5 Menganalisis pengaruh Jenis kelamin terhadap perubahan depresi setelah dilakukan *Mindfulness Based Intervention: Doa Buka Hati* pada pasien dengan HIV/AIDS di RSUD Kabupaten Tangerang.
- 1.3.2.6 Menganalisis pengaruh Tingkat pendidikan terhadap perubahan depresi setelah dilakukan *Mindfulness Based Intervention: Doa Buka Hati* pada pasien dengan HIV/AIDS di RSUD Kabupaten Tangerang.
- 1.3.2.7 Menganalisis pengaruh Lama didiagnosa sakit HIV/AIDS terhadap perubahan depresi setelah dilakukan *Mindfulness Based Intervention: Doa Buka Hati* pada pasien dengan HIV/AIDS di RSUD Kabupaten Tangerang.
- 1.3.2.8 Menganalisis pengaruh Stigma terhadap perubahan depresi setelah dilakukan *Mindfulness Based Intervention: Doa Buka Hati* pada pasien dengan HIV/AIDS di RSUD Kabupaten Tangerang.
- 1.3.2.9 Menganalisis pengaruh Dukungan keluarga terhadap perubahan depresi setelah dilakukan *Mindfulness Based Intervention: Doa Buka Hati* pada pasien dengan HIV/AIDS di RSUD Kabupaten Tangerang.
- 1.3.2.10 Menganalisis pengaruh Usia, Jenis kelamin, Tingkat pendidikan, Lama didiagnosa sakit HIV/AIDS, Stigma, Dukungan keluarga, terhadap perubahan depresi setelah dilakukan *Mindfulness Based Intervention: Doa Buka Hati* pada pasien dengan HIV/AIDS di RSUD Kabupaten Tangerang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Pasien dan Keluarga

Sebagai salah satu alternatif atau pilihan dalam menangani kondisi depresi pada pasien HIV/AIDS, yang dapat dilakukan secara mudah, murah, dan tidak adanya efek samping, serta *Mindfulness Based Intervention: Doa Buka Hati* dapat dilakukan setiap hari.

1.4.2 Bagi Pelayanan Keperawatan Rumah Sakit

Sebagai salah satu intervensi keperawatan mandiri yang dapat dilakukan untuk menurunkan tingkat depresi khususnya pada pasien dengan HIV/AIDS maupun pada pasien dengan penyakit kronis lainnya. Keuntungan dari intervensi ini adalah: perawat tidak perlu memiliki keterampilan khusus seperti harus melewati pelatihan dan lain-lain, hanya dengan menggunakan audio, seperti *handphone* hal ini dapat dilakukan, murah, mudah dan efektif. Intervensi ini merupakan salah satu intervensi terapi komplementer yang dapat diaplikasikan dalam rangka mengurangi dampak psikologis khususnya mengurangi tingkat depresi dan dapat menjadi masukan dalam manajemen rumah sakit terkait pemberian layanan asuhan keperawatan berbasis holistik (bio-psiko-sosial-spiritual-kultural).

1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan

Mengembangkan ilmu keperawatan dalam hal terapi komplementer (*Complementary Alternative Medicine*) terkait dampak psikologis pada pasien HIV/AIDS khususnya depresi pada pasien HIV/AIDS, sehingga dapat menurunkan tingkat depresi pasien dengan HIV/AIDS.

1.4.4 Bagi peneliti

Meningkatkan pemahaman dan menambah wawasan bagi peneliti dan pembaca lainnya dalam mengembangkan alternatif terapi komplementer khususnya pada perawatan depresi pada pasien HIV/AIDS serta mengembangkan aspek perawatan secara psikologis sehingga tercapai keperawatan yang holistik.

1.5 Ruang Lingkup

Penelitian ini dilakukan untuk melihat tingkat / perubahan depresi pada pasien dengan HIV/AIDS yang dilaksanakan di di RSUD kabupaten Tangerang, dengan pendekatan teori keperawatan adaptasi Roy, penelitian dimulai pada bulan

Mei 2017-Juli 2018. Dilakukan dengan menggunakan metode kuantitatif dengan *quasy eksperimen pretest-posttest control group design*. Penelitian ini dilakukan karena fenomena banyak ditemukan pasien dengan HIV/AIDS mengalami depresi akibat adanya stigma dan penerimaanya dari masyarakat sehingga menyebabkan pasien dengan HIV/AIDS terkucilkan dan cenderung terhambat dalam suatu interaksi. Faktor lainnya adalah: progres dari penyakitnya itu sendiri, munculnya infeksi oportunistik, pengobatan yang lama dan seumur hidup, dampak ARV, ketakutan terhadap kematian. Dengan diberikannya tindakan *Mindfulness Based Intervention*: doa buka hati pasien dengan HIV/AIDS, teknik ini dilakukan dengan cara mendengarkan audio yang berisi musik intrumental sebagai pembuka dan dilanjutkan dengan untaian kalimat yang terstruktur yang memotivasi diri untuk melalui kehidupan ini dengan berpasrah pada Tuhan yang Maha Esa yang dapat dilakukan dua kali sehari, diharapkan mampu menurunkan tingkat depresi serta meningkatkan kualitas hidup dengan mampu melakukan penerimaan diri dan beradaptasi dengan penyakit dan lingkungannya.