



Hubungan Psikopatologi dengan Mekanisme Koping pada Perempuan dengan HIV/AIDS di RSCM Tahun 2016

Yunita Tambunan, Petrin Redayani, Kristiana Siste, Natalia Widiasih

Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

Abstrak

Pendahuluan: Perempuan dengan HIV/AIDS memiliki risiko mengalami psikopatologi yang lebih tinggi dibanding laki-laki, meskipun data pendukung mengenai hal ini sangat minim. Untuk mengatasi stresor yang dialami, penderita HIV/AIDS membangun berbagai bentuk mekanisme koping, dan seringkali menggunakan mekanisme koping yang maladaptif. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui adanya hubungan antara psikopatologi dan mekanisme koping pada perempuan dengan HIV/AIDS.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain potong lintang dengan menilai psikopatologi (kuesioner SCL-90), dan mekanisme koping (kuesioner Brief COPE) pada perempuan dengan HIV/AIDS di Pokdisus RS Cipto Mangunkusumo.

Hasil: Dari 116 responden sejumlah 37,1% memiliki psikopatologi, dan diantaranya psikopatologi terbanyak adalah depresi (44,2%). Mekanisme koping yang tersering digunakan oleh seluruh responden adalah religion (46,6%). Korelasi psikopatologi dengan mekanisme koping adalah $r = 0,292$ dan $p = 0,001$.

Kesimpulan. Didapatkan hubungan bermakna dengan korelasi positif dan kekuatan lemah antara psikopatologi dan mekanisme koping. Mekanisme koping religion lebih banyak digunakan oleh responden tanpa psikopatologi. Responden dengan psikopatologi yang menggunakan koping religion sering disertai dengan penggunaan koping self blame. Manajemen tatalaksana perempuan dengan HIV/AIDS yang komprehensif dapat dilakukan dengan deteksi dini psikopatologi dan mekanisme koping.

Kata kunci: brief COPE; koping; HIV/AIDS; psikopatologi; agama; SCL-90

Korespondensi: Yunita Tambunan
E-mail: Dept. Ilmu Kedokteran Jiwa, FKUI

The Association between Psychopathology and Coping Mechanisms in Female with HIV/AIDS at Cipto Mangunkusumo Hospital in 2016

Yunita Tambunan, Petrin Redayani, Kristiana Siste, Natalia Widiasih

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Universitas Indonesia

Abstract

Introduction: Women with HIV/AIDS have greater risk than men in having psychopathology although the data about this is still scarce. To resolve stress, patients with HIV/AIDS build many coping mechanism, often the maladaptive ones. This study aims to assess the relationship between psychopathology and coping mechanism in women with HIV/AIDS.

Method: A cross-sectional study was conducted to determine psychopathology (using SCL-90 questionnaire), and coping mechanism (using Brief COPE questionnaire) among women with HIV/AIDS at Pokdisus of Cipto Mangunkusumo Hospital.

Results: Among 116 subjects, 37,1% had psychopathology with depression as the most common psychopathology (44.2%). Most respondents used religion as their coping mechanism (46,6%). The coefficient correlation between psychopathology and mechanism of coping was $r=0,292$ and $p=0,001$.

Conclusion: There was a significant difference with positive correlation between psychopathology and mechanism of coping. Respondents without psychopathology usually used religion coping mechanism; whereas respondents with psychopathology often used religion and self blame coping. A comprehensive management in female with HIV/AIDS can be done by early detection of their psychopathology and coping mechanism.

Keywords: brief COPE; coping; HIV/AIDS; psychopathology; religion; SCL-90

Pendahuluan

Infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) menjadi masalah kesehatan serius di banyak negara di dunia dan dianggap sebagai pandemi baru. Diperkirakan 38,6 (33,4-46) juta orang di dunia terinfeksi HIV dengan mortalitas akibat HIV telah mencapai lebih dari 25 juta. Pada tahun 2005, terdapat 4,1 juta kasus HIV baru dan 2,8 juta mortalitas.¹⁻³ Populasi penderita HIV kebanyakan dewasa muda. Kemiskinan dan praktek hygiene pribadi yang buruk, terutama dalam konteks perilaku seksual dan penggunaan narkoba suntik, menjadi faktor yang memperburuk. Negara-negara berkembang di Asia dan Subsahara Afrika masih menjadi kantung populasi pasien HIV, dan saat ini tidak ada satu pun wilayah di dunia yang bebas dari kasus HIV.⁴⁻⁶

Perempuan dengan HIV/AIDS memiliki risiko mengalami psikopatologi yang lebih tinggi dibanding laki-laki, meskipun data pendukung mengenai hal ini sangat minim.^{4,6} Morrison dkk mengutip bahwa wanita penderita HIV berada paling banyak pada rentang usia 25-44 tahun dan etnik afro-amerika menjadi kelompok yang paling terdampak.⁷ Data KEMENKES RI per September tahun 2013 menunjukkan prevalensi perempuan penderita AIDS sebanyak 29,15% (13309/45650).⁸

Prevalensi psikopatologi pada perempuan penderita HIV/AIDS cukup tinggi. Hal tersebut didukung oleh penelitian Uys H⁹ yang mendapatkan prevalensi perempuan penderita HIV/AIDS yang mengalami psikopatologi sebesar 53%. Infeksi HIV dan gangguan psikiatri memiliki hubungan yang kompleks. Menderita HIV dapat menimbulkan psikopatologi sebagai konsekuensi psikologik karena terinfeksi HIV maupun sebagai akibat efek virus HIV di otak. Di lain pihak, psikopatologi juga dapat meningkatkan risiko pasien terjangkit HIV karena pengaruh lingkungan dan perilaku. Psikopatologi dan gangguan psikiatri yang banyak terjadi pada penderita HIV/AIDS antara lain Gangguan Depresi, Gangguan Cemas, Gangguan Penyesuaian Pasca Trauma, Berkabung, Gangguan Kognitif, dan Penyalahgunaan Zat.¹⁰⁻¹² Komorbiditas psikiatri pada penderita HIV sering ditemukan dan mempengaruhi perjalanan serta perburukan penyakit.^{10,12,13}

Perempuan penderita HIV seringkali memiliki riwayat psikis yang kompleks, termasuk pengalaman negatif seperti kejadian-kejadian traumatik, beban yang tinggi sebagai *caregiver* untuk keluarganya, besarnya stigma; dan hal-hal tersebut dapat meningkatkan risiko mengalami gangguan

psikiatri.

Data prevalensi, psikopatologi dan mekanisme koping diperlukan oleh tenaga kesehatan dalam memberikan tatalaksana terhadap perempuan dengan HIV/AIDS. Sampai saat ini belum ada penelitian mengenai hubungan psikopatologi dengan mekanisme koping pada perempuan dengan HIV/AIDS di Indonesia. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui berapa prevalensi psikopatologi, mekanisme koping dan hubungan antara psikopatologi dengan mekanisme koping pada perempuan HIV/AIDS di RSCM. Diharapkan hasil yang diperoleh dapat menjadi dasar dalam penatalaksanaan yang tepat dan komprehensif terhadap pasien perempuan dengan HIV/AIDS. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan antara psikopatologi dan mekanisme koping pada perempuan dengan HIV/AIDS.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain potong lintang di Pokdisus Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM) Jakarta yang berlangsung dari Juli 2016 hingga Desember 2016. Subjek penelitian ini adalah pasien-pasien Pokdisus yang memenuhi kriteria inklusi, yaitu perempuan dengan HIV/AIDS, berusia 18-59 tahun, bisa membaca dan menulis, dan bersedia menjadi responden penelitian dengan menandatangani *informed consent*. Adapun kriteria eksklusi penelitian ini antara lain pasien tidak kooperatif, menolak mengikuti penelitian, dan pasien dengan kondisi medis akut. Seluruh subjek penelitian diminta untuk mengisi kuesioner SCL-90 dan BriefCOPE yang telah tervalidasi dan dapat dipercaya di Indonesia. Pengujian variabel kategorik untuk SCL-90 dan BriefCOPE akan dilakukan dengan uji *Chi-square*. Pengujian variabel numerik setiap kuesioner dilakukan dengan uji Pearson jika data terdistribusi normal, dan uji Spearman jika data tidak terdistribusi normal.

Hasil Penelitian

Terdapat 116 pasien Pokdisus RSCM yang terlibat dalam penelitian ini dengan sukarela dan tanpa paksaan dari pihak manapun. Diketahui kelompok usia responden terbanyak adalah 35-50 tahun (50,0%). Usia termuda responden adalah 21 tahun dan tertua berusia 59 tahun. Agama responden terbanyak adalah Islam dengan jumlah 93 (80,2%). Sebanyak 35,3% responden bersuku Jawa dan sebanyak 70 (60,3%) responden telah menikah. Pendidikan terakhir responden terbanyak adalah SMA-S2 dengan persentase 79,3%. Responden yang bekerja sebanyak 44,0% dan penghasilan pribadi/keluarga yang terbanyak adalah kelompok Rp 1.000.000-Rp 3.000.000 (55,2%).

Faktor risiko HIV berupa penggunaan zat injeksi dialami oleh 8,6% responden. Hampir seluruh responden mendapat terapi ARV (99,1%). Lamanya responden terdiagnosis HIV/AIDS sebesar 59,5% adalah 4-9 tahun. Sebanyak 93,1% responden membuka status HIV/AIDS yang mereka alami

terutama kepada keluarga inti. Penggunaan jaminan seperti BPJS kesehatan dan sebagainya digunakan oleh 31,9% responden. Terdapat 43 (37,1%) responden memiliki psikopatologi. Tiga psikopatologi terbanyak adalah depresi 19 (44,2%), obsesif kompulsif 11 (25,6%) dan gangguan somatik 6 (14,0%).

Tabel 1. Jenis Psikopatologi Responden dengan Kategori terdapat Psikopatologi

Psikopatologi	n (%)
Depresi	19 (44,2)
Obsesif kompulsif	11 (25,6)
Somatik	6 (14,0)
Multipatologi	3 (7,0)
Ansietas	2 (4,7)
Gejala tambahan	1 (2,3)
Psikotik	1 (2,3)

Tabel 2. Menerangkan mekanisme koping yang sering digunakan pada responden yang memiliki psikopatologi berdasarkan SCL-90. Dari seluruh psikopatologi, didapatkan bahwa 6 dari 7 kategori psikopatologi menggunakan mekanisme koping *religion*. Pada responden tanpa psikopatologi, terdapat tiga mekanisme koping yang paling sering digunakan, yaitu *religion*.

Tabel 2. Psikopatologi dan Mekanime Koping yang Digunakan pada Responden Perempuan dengan HIV/AIDS

Jenis psikopatologi	Mekanisme koping (nilai rerata)
Depresi	<i>Religion</i> (6,37)
Obsesif kompulsif	<i>Acceptance</i> (6,45) <i>Religion</i> (6,45)
Somatik	<i>Religion</i> (8,00)
Multipatologi	<i>Acceptance</i> (7,00) <i>Religion</i> (7,00)
Ansietas	<i>Intrumental</i> (6,50) <i>Religion</i> (6,45)
Gejala tambahan	<i>Religion</i> (8,00)
Psikotik	<i>Active</i> (7,00)
Tidak ada	<i>Religion</i> (6,33)

Tabel 3. menggambarkan mekanisme koping yang digunakan pada kelompok ada maupun tidak ada psikopatologi. Mekanisme koping terbanyak yang digunakan oleh perempuan HIV/AIDS dengan atau tidak memiliki psikopatologi adalah *religion* (rerata 6,95 dan 6,74) yang diikuti dengan *acceptance* (6,67 dan 6,31). Responden dengan psikopatologi kemudian banyak menggunakan *planning* (6,30), *positive reframing* (6,25), *self distraction* (6,12), dan pada kelompok tanpa psikopatologi selanjutnya banyak menggunakan koping *self-distraction* (5,90).

Tabel 4. menggambarkan mekanisme koping kelompok kategori rendah, sedang, dan tinggi dengan atau tanpa

Tabel 3. Mekanisme Koping Berdasarkan Ada atau Tidaknya Psikopatologi

Psikopatologi	Mekanisme Koping	Nilai Rerata	Psikopatologi	Mekanisme Koping	Nilai Rerata
Ada	Religion	6,95	Tidak ada	Religion	6,74
	Acceptance	6,67		Acceptance	6,31
	Planning	6,30		Self-distraction	5,90
	Positive reframing	6,25		Planning	5,81
	Self-distraction	6,12		Positive reframing	5,79
	Active	5,92		Active	5,54
	Instrumental	5,75		Emotional	5,44
	Emotional	5,75		Instrumental	5,36
	Self-blame	5,60		Self-blame	5,36
	Humor	5,19		Humor	5,10
	Venting	5,11		Venting	4,70
	Denial	4,55		Denial	4,33
	Behavior	3,80		Behavior	3,61
Substance use	2,69	Substance use	2,58		

psikopatologi. Responden dengan kategori koping rendah dengan psikopatologi menggunakan koping *self-blame* (6,00), *planning* (5,00), *acceptance* (5,00) dan *self distraction* (5,00). Responden dengan kategori sedang yang memiliki psikopatologi sering menggunakan koping *religion* (6,37), *acceptance* (6,00), *self distraction* (5,53), *planning* (5,40), *positive reframing* (5,33), dan *selfblame* (5,30). Sedangkan pada kelompok kategori tinggi dengan psikopatologi sering

menggunakan koping *acceptance* (7,25), *religion* (7,25), *planning* (6,75), *positive reframing* (6,67), *selfblame* (6,42), *self distraction* (6,33).

Tabel 5. merupakan uji korelasi total nilai kuesioner SCL-90 dan *BriefCOPE* menggunakan *Spearman* karena terdapat salah satu variabel yang terdistribusi tidak normal. Terdapat hubungan bermakna antara skor SCL-90 dan *BriefCOPE* ($p=0,001$) dengan nilai korelasi lemah ($r=0,292$).

Tabel 4. Mekanisme Koping yang Digunakan sesuai dengan Kategori Koping dan Psikopatologi

Psikopatologi	Kategori Koping					
	Rendah		Sedang		Tinggi	
	Jenis Koping	Nilai Rerata	Jenis Koping	Nilai Rerata	Jenis Koping	Nilai Rerata
Ada	Self-blame	6,00	Religion	6,37	Acceptance	7,25
	Planning	5,00	Acceptance	6,00	Religion	7,25
	Acceptance	5,00	Self-distraction	5,53	Planning	6,75
	Self-distraction	5,00	Planning	5,40	Positive reframing	6,67
	Active	4,00	Positive reframing	5,33	Self-blame	6,42
	Instrumental	4,00	Self-blame	5,30	Self-distraction	6,33
	Behavior	4,00	Humor	5,17	Instrumental	6,25
	Emotional	4,00	Active	5,10	Emotional	6,25
	Religion	4,00	Instrumental	4,90	Active	5,83
	Substance use	4,00	Emotional	4,80	Venting	5,33
	Venting	3,00	Venting	4,47	Denial	5,33
	Positive reframing	3,00	Denial	4,17	Humor	5,00
	Humor	3,00	Behavior	3,83	Behavior	4,17
	Denial	2,00	Substance use	2,20	Substance use	3,67
	Tidak ada	Religion	4,57	Religion	6,56	Religion
Instrumental		4,07	Acceptance	6,00	Self-distraction	7,27
Self-distraction		3,93	Positive reframing	5,69	Acceptance	7,18
Emotional		3,71	Active	5,56	Planning	7,09
Acceptance		3,71	Self-distraction	5,48	Active	6,91
Positive reframing		3,50	Planning	5,23	Positive reframing	6,91
Humor		3,50	Emotional	5,08	Emotional	6,73
Active		3,43	Instrumental	4,83	Instrumental	6,64
Planning		3,43	Humor	4,56	Humor	5,91
Self-blame		3,07	Self-blame	4,46	Venting	5,36
Behavior		2,71	Venting	3,90	Self-blame	4,91
Venting		2,71	Denial	3,71	Denial	3,91
Denial		2,64	Behavior	2,75	Behavior	3,00
Substance use		2,43	Substance use	2,40	Substance use	2,36

Tabel 5. Hasil Uji Korelasi antara Nilai SCL-90 dan Brief COPE

		Skor Brief COPE
Skor SCL-90	P	0,001
	R	0,292
	N	116

Tabel 6. menunjukkan bahwa koping *religion* merupakan jenis koping yang sering digunakan baik pada kelompok yang mengalami psikopatologi ataupun tidak. Secara statistik tidak terdapat hubungan bermakna antara koping religi dengan psikopatologi ($p=0,245$). Terlihat kecenderungan bahwa koping *religion* lebih banyak dipakai oleh yang tidak memiliki psikopatologi yaitu sebesar 50,7%. Kelompok yang tidak menggunakan koping *religion* lebih banyak mengalami psikopatologi yaitu sebesar 60,5%.

Tabel 6. Penggunaan Koping Religion dan Psikopatologi

Koping <i>religion</i>	Psikopatologi		Nilai <i>p</i>
	Ada (%)	Tidak (%)	
Ya	17 (39,5)	37 (50,7)	0,245*
Tidak	26 (60,5)	36 (49,3)	
Total	43 (37,1)	73 (62,9)	

*uji Chi-square

Diskusi

Pada penelitian ini, perempuan dengan HIV/AIDS terbanyak berusia 35-50 tahun. Hal tersebut sesuai dengan data statistik yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI tahun 2014 yang menyatakan bahwa penderita HIV/AIDS sebagian besar berusia produktif.¹⁴ Sebagian besar responden penelitian ini telah menikah (56%), tidak bekerja atau sebagai IRT yaitu sebanyak 56%, dan pendidikan terakhir SMA ke atas (79,3%) dan hal tersebut senada dengan data Komisi Penanggulangan AIDS Surakarta tahun 2014 yang menyatakan bahwa sebagian besar perempuan dengan HIV/AIDS telah menikah, dan berstatus sebagai ibu rumah tangga (IRT) di Surakarta.¹⁵ Penelitian Mello dkk mengenai depresi pada perempuan dengan HIV/AIDS yang menyatakan bahwa sebagian besar perempuan dengan HIV/AIDS telah menikah (41,9%), dan tidak bekerja (41,9%).³ Namun, responden yang terlibat pada penelitian tersebut paling banyak berpendidikan SD (38,7%), dan SMA (22,6%).

Faktor risiko dengan penggunaan jarum suntik yang dilakukan oleh responden penelitian ini sebesar 8,6%. Sebagian besar responden tidak ada riwayat penggunaan napza, diduga penularan HIV/AIDS terjadi melalui hubungan seksual dengan pasangan. Hasil ini sesuai dengan data dari Kemenkes RI tahun 2014, bahwa hubungan seksual dengan lawan jenis merupakan sumber penularan utama sebanyak

34.305/55.799 kasus, dan diikuti oleh pengguna zat melalui suntik (IDU) sebanyak 8.462/55/799 kasus.¹⁴

Faktor demografi dan faktor risiko yang memiliki psikopatologi lebih tinggi adalah : kelompok usia 30-50 tahun (37,9%), tidak sekolah-SMP (50,0%), status menikah janda (41,7%), tidak bekerja (44,6%), pendapatan 1.000.000-3.000.000 (46,9%), lama terdiagnosis HIV/AIDS >9 tahun (46,2%), memiliki riwayat penggunaan napza (50%), tidak mengonsumsi ARV (100%), membuka status (38,0%) dan biaya dengan jaminan (40,5%).

Penggunaan ARV dengan kepatuhan yang baik akan mengontrol kondisi kesehatan pasien, dan menurunkan angka psikopatologi, karena menurunkan stresor psikologis.¹⁰ Pada penelitian ini didapatkan bahwa subjek yang mendapatkan ARV memiliki psikopatologi lebih rendah dibandingkan yang tidak menggunakan ARV.

Pada penelitian ini didapatkan bahwa responden sebagian besar membuka status (93,1%), dan 38% diantaranya memiliki psikopatologi. Penelitian Mello dkk mengenai *diagnosis disclosure* mendapatkan bahwa 90,3% responden terbuka mengenai status HIV/AIDS yang diderita.³ Keterbukaan status dikatakan juga dapat menimbulkan psikopatologi saat keterbukaan status menimbulkan stigma dan berkurangnya dukungan sosial.¹⁰

Sebanyak 37,1% responden memiliki psikopatologi berdasarkan instrumen SCL-90, dengan depresi merupakan psikopatologi terbanyak 44,2%. Hasil serupa juga dikemukakan oleh Dubé dkk dalam penelitiannya mengenai manifestasi neuropsikiatri pada pasien HIV/AIDS yang menyatakan bahwa depresi merupakan salah satu gangguan psikiatri tersering pada perempuan dengan HIV/AIDS dengan prevalensi 2% - 18%.¹⁶ Bing dkk dan Valente dkk yang sama-sama meneliti mengenai depresi pada pasien HIV melaporkan bahwa depresi merupakan salah satu komorbid penyakit HIV/AIDS dengan prevalensi 20-37%.^{17,18} Penelitian oleh Mello dkk juga menyatakan bahwa depresi merupakan psikopatologi utama pada populasi perempuan dengan HIV/AIDS dengan prevalensi 25,8% di Sao Paulo, Brazil.³ Peningkatan prevalensi depresi pada perempuan dengan HIV/AIDS diduga akibat kombinasi stres yang dihadapi, yaitu ketakutan akan kematian, stigma dan deskriminasi dalam keluarga dan sosial, menjadi *caregiver* keluarga atau pasangan yang sakit, dan merasakan efek samping ARV. Umumnya, episode depresi timbul segera setelah penegakan diagnosis HIV karena kesulitan menerima status HIV positif.^{3,19}

Pada penelitian ini didapatkan data bahwa kelompok pendidikan tidak sekolah-SMP memiliki psikopatologi lebih tinggi dibandingkan responden dengan pendidikan SMA ke atas, dan juga didapatkan bahwa responden yang memiliki riwayat penggunaan zat memiliki psikopatologi lebih tinggi dibandingkan yang tidak pernah menggunakan zat. Diketahui bahwa faktor-faktor sosial sangat memengaruhi timbulnya psikopatologi pada perempuan dengan HIV/AIDS. Menurut

penelitian Ofofwe *et al*, Simoni *et al*, dan Webel *et al*, faktor sosial sangat mempengaruhi terjadinya kejadian depresi pada perempuan dengan HIV/AIDS seperti pekerjaan, peran di keluarga, dukungan keluarga, stigma, keterbukaan status HIV, akses dan pelayanan kesehatan yang belum optimal. Selain faktor sosial, kejadian depresi pada pasien dengan HIV/AIDS rentan dialami oleh pasien dengan faktor risiko HIV, seperti keluarga dengan tingkat ekonomi rendah, riwayat penggunaan zat, penaja seks, dan trauma.²⁰⁻²²

Studi oleh Webel, *et al*²² tentang hubungan peran sosial dan manajemen diri perempuan dengan HIV/AIDS menyatakan bahwa pekerjaan memiliki peran penting karena pekerjaan dapat memberikan kesenangan kepada perempuan dengan HIV/AIDS dan menjadi salah satu cara untuk bermanfaat kepada masyarakat serta mendapatkan penghasilan, dan kemandirian. Namun, lingkungan pekerjaan juga dapat memberikan tekanan kepada perempuan dengan HIV/AIDS karena terdapat kebingungan membuka status HIV kepada rekan kerja maupun ketakutan akan stigma yang akan terjadi.²² Pada penelitian ini juga didapatkan data bahwa responden pada kelompok tidak bekerja memiliki psikopatologi lebih tinggi dibandingkan kelompok yang bekerja.

Selain faktor psikososial, faktor biologi juga berpengaruh terhadap timbulnya psikopatologi pada perempuan dengan HIV/AIDS. Banyak penelitian yang mendukung hal tersebut, antara lain penelitian Dube dkk mengenai psikoneuroimmunologi pada pasien HIV/AIDS menyatakan bahwa stres dan depresi dapat menurunkan sistem imun tubuh melalui penurunan jumlah sel *natural killer* (NK) dan CD8+.¹⁶ Kondisi tersebut memengaruhi pertahanan terhadap replikasi virus, stres, dan depresi. Kopnisky, *et al*¹⁹ menyatakan bahwa proses patogenesis HIV diduga berkontribusi dalam meningkatkan risiko gangguan depresi dan gejala depresi dengan berbagai jalur peningkatan sitokin, interleukin-1 yang mengaktifkan respon imun menyebabkan perubahan psikologis dan perilaku berupa timbulnya keluhan depresi.

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa jenis mekanisme yang banyak digunakan oleh responden adalah *religion*, *acceptance*, *positive reframing*, *active*, *planning*, *self distraction* dan *use of instrumental support*. *Religion* merupakan jenis mekanisme koping yang paling banyak digunakan baik pada kelompok dengan psikopatologi maupun tidak ada psikopatologi. Koping *religion* ini bermakna bahwa responden berusaha menemukan kenyamanan dalam agama atau keyakinan spiritual dan responden berdoa atau bermeditasi saat mengalami masalah. Studi McIntosh, *et al*²³ mengenai tingkat tekanan dan koping pada perempuan dengan HIV/AIDS, mendapatkan bahwa mekanisme koping pada perempuan dengan HIV/AIDS tersering adalah *seeking social support* ($r=0,24$), dan *religion* ($r=0,32$). Olley²⁴ dalam penelitiannya tentang psikopatologi dan mekanisme koping pada pasien HIV/AIDS mendapatkan bahwa perempuan dengan HIV/AIDS paling

banyak menggunakan mekanisme koping *planning* dan *religion*.

Koping *religion* memiliki pengaruh positif dan pengaruh negatif. Pengaruh positif koping *religion* membuat pasien dengan HIV/AIDS dapat merasakan damai, dan kebahagiaan, sehingga menciptakan kualitas hidup dan manajemen diri yang lebih baik. Namun, terdapat pula beberapa pengaruh negatif dari agama yang dapat memberikan dampak yang jauh berbeda dengan pengaruh positif. Pengaruh negatif agama dapat menimbulkan pengaturan emosi yang tidak beraturan, sehingga kualitas hidup pasien dengan HIV/AIDS dapat terganggu.²⁵ Semua agama dapat memberikan pengaruh positif dan negatif tersebut. Pemeluk agama memiliki pandangan bahwa HIV/AIDS sebagai akibat dari perilaku tidak pantas dan melanggar norma dan nilai agama. Hal tersebut menjadi stigma bagi pasien-pasien HIV/AIDS.²⁶

Pada penelitian ini didapatkan data bahwa pada kelompok responden yang memiliki psikopatologi memang menggunakan mekanisme koping *religion*, namun juga sering menggunakan mekanisme koping *self blame* dengan kekerapan yang tinggi. Dapat diperkirakan bahwa responden tersebut menyalahkan diri sendiri atas kondisi sakit yang dialaminya yang dianggap sebagai akibat perilaku di masa lalu yang tidak sesuai ajaran agama yang dianut.

Pada penelitian ini didapatkan bahwa responden yang memiliki psikopatologi cukup tinggi, dengan jenis psikopatologi terbanyak adalah depresi dengan mekanisme koping yang tersering digunakan adalah *religion*. Hasil ini senada dengan temuan Olley dkk yang meneliti tentang psikopatologi dan mekanisme koping pada perempuan HIV/AIDS, bahwa perempuan dengan HIV/AIDS sebagian besar mengalami depresi mayor (34,9%), dan mekanisme koping yang paling banyak digunakan oleh responden perempuan HIV/AIDS dalam penelitiannya adalah *planning* ($p=0,003$), dan *religion* ($p=0,004$).²⁴

Pada penelitian ini didapatkan korelasi positif dengan kekuatan lemah antara terjadinya psikopatologi yang dinilai dengan skor SCL-90 dengan mekanisme koping yang dinilai dengan skor *BriefCOPE*. Hal tersebut menunjukkan bahwa semakin tinggi skor mekanisme koping berarti semakin banyak menggunakan jenis mekanisme koping, termasuk di dalamnya koping yang adaptif maupun tidak adaptif dengan tingkat kekerapan yang tinggi, maka kemungkinan responden mengalami psikopatologi menjadi semakin tinggi.

Pada penelitian ini, diketahui bahwa responden yang menggunakan koping *religion* lebih banyak pada kelompok yang tidak memiliki psikopatologi dibandingkan dengan yang memiliki psikopatologi. Dan responden yang tidak menggunakan koping *religion*, lebih banyak memiliki psikopatologi. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Webel dkk yang mengemukakan bahwa 33% perempuan dengan HIV/AIDS menyatakan bahwa kepercayaan (*spiritual*) memberikan dampak positif terhadap manajemen diri. Dinyatakan juga bahwa kepercayaan (*spiri-*

tuul) merupakan sumber optimisme, motivasi, dan menjadikan pasien-pasien terutama dengan penyakit kronik seperti HIV/AIDS lebih percaya terhadap dokter penanggung jawabnya serta pengobatan.²²

Brownley dkk dalam penelitiannya mengenai gejala psikopatologi pada perempuan dengan HIV/AIDS dan koping *religion* yang juga menggunakan *BriefCOPE* menyatakan bahwa kurangnya pengetahuan atau koping *religion* pasien berdampak pada kemungkinan terjadinya psikopatologi.²⁷ Oleh karena itu, penggunaan koping *religion* pada perempuan dengan HIV/AIDS merupakan strategi yang baik untuk mewujudkan kualitas hidup yang baik, sehingga kejadian depresi dapat ditekan.

Peran dan dukungan keluarga dalam hal ini juga sangat berpengaruh. Seorang perempuan menjadi ibu, *caregiver*, dan melakukan pekerjaan rumah tangga adalah suatu hal yang tradisional dan rutin dilaksanakan. Peran dan dukungan tersebut berhubungan dengan manajemen diri perempuan dengan HIV/AIDS, dan keterbukaan status HIV. Stigma masyarakat terhadap HIV/AIDS merupakan alasan terkuat yang ditakutkan oleh pasien-pasien dengan HIV/AIDS sehingga tekanan pun tidak dapat dihindari. Dampak diskriminasi yang terjadi akibat stigma tersebut dapat mengakibatkan pasien-pasien dengan HIV/AIDS kehilangan rumah dan pekerjaan. Hal tersebut membuat pasien-pasien dengan HIV/AIDS cenderung tidak mencari bantuan medis untuk konsultasi atau terapi dikarenakan stigma dan diskriminasi tersebut, sehingga timbul masalah medis lainnya dan progresi HIV menjadi AIDS juga semakin cepat.^{5,28}

Berdasarkan pada penelitian-penelitian rujukan yang sudah dijelaskan sebelumnya dalam pembahasan ini didapatkan bahwa faktor biopsikososial yang di dalamnya terdapat faktor stigma dan dukungan sosial berpengaruh terhadap timbulnya psikopatologi pada perempuan dengan HIV/AIDS. Pada penelitian ini seluruh karakteristik pasien yang diteliti secara statistik tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan ada atau tidaknya psikopatologi, sedangkan faktor biologi, stigma, dukungan keluarga/sosial yang dalam penelitian rujukan memiliki pengaruh terhadap timbulnya psikopatologi, dalam penelitian ini tidak diteliti. Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk menilai hubungan faktor-faktor tersebut terhadap timbulnya psikopatologi pada perempuan dengan HIV/AIDS.

Kesimpulan

Pada penelitian ini terdapat hubungan bermakna dengan korelasi positif dengan kekuatan lemah antara psikopatologi yang dinilai dengan skor SCL-90 dan mekanisme koping yang dinilai dengan skor *BriefCOPE* pada perempuan dengan HIV/AIDS ($p=0,001$, $r=0,292$). Responden yang memiliki psikopatologi adalah sebesar 37,1%, dengan depresi sebagai psikopatologi tertinggi (44,2%). Mekanisme koping yang tersering digunakan oleh seluruh responden adalah *religion* (46,6%). Jenis koping *religion* digunakan oleh kelompok

psikopatologi dan non psikopatologi, namun lebih banyak digunakan oleh kelompok non psikopatologi. Pada kelompok responden yang memiliki psikopatologi selain menggunakan koping *religion* juga sering menggunakan koping *self blame*.

Berdasarkan data ini terapis perlu mengetahui mekanisme koping yang digunakan oleh perempuan dalam menghadapi permasalahan hidupnya terkait kondisi HIV/AIDS, sehingga dapat digunakan sebagai modalitas dalam intervensi psikoterapi. Dengan demikian, mekanisme koping tidak adaptif dapat ditingkatkan menjadi adaptif, sehingga tidak terjadi perburukan kondisi fisik dan psikologis pada pasien.

Daftar Pustaka

- 1 Penzak SR, Reddy YS, Grimsley SR. Depression in patients with HIV infection. *Am J Heal Syst Pharm*. 2000;57:376–79.
- 2 Nakasujja N, Skolasky RL, Musisi S, Allebeck P, Robertson K, Ronald A, et al. Depression symptoms and cognitive function among individuals with advanced HIV infection initiating HAART in Uganda. *BMC Psychiatry*. 2010;10: 44.
- 3 Mello VA, Segurado AA, Malbergier A. Depression in women living with HIV: Clinical and psychosocial correlates. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13:193–9.
- 4 Freeman MC, Patel V, Collins PY, Bertolote JM. Integrating mental health in global initiatives for HIV/AIDS. *Br J Psychiatry*. 2005;187:1–3.
- 5 Abraham-pratt IL. Stress and Coping in the Prediction of Psychological Distress among HIV-Seropositive African American Women. 2010;1–122.
- 6 Simon V, Ho D, Karim Q. HIV/AIDS epidemiology, pathogenesis, prevention and treatment. *Lancet*. 2010;368: 489–504.
- 7 Morrison MF, Petitto JM, Ten Have T, Gettes DR, Chiappini MS, Weber AL, et al. Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *Am J Psychiatry*. 2002; 159:789–96.
- 8 InfoDatin. Situasi dan Analisis HIV AIDS. Pus. Data Dan Inf. Kemenkes RI; 2014.
- 9 Uys H. Prevalence and clinical presentation of HIV positive female psychiatric inpatients. *Afr J Psychiatry*. 2013;16:23–28.
- 10 Chandra PS, Desai G, Ranjan S. HIV & psychiatric disorders. 2005; :451–67.
- 11 Donenberg GR, Pao M. Youths and HIV/AIDS: psychiatry's role in a changing epidemic. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:728–47.
- 12 Ofrat S, Krueger RF. How research on the meta-structure of psychopathology aids in understanding biological correlates of mood and anxiety disorders. *Biol Mood Anxiety Disord*. 2012;2:13.
- 13 Becker JT, Lopez OL, Dew MA, Aizenstein HJ. Prevalence of cognitive disorders differs as a function of age in HIV virus infection. *AIDS*. 2004;18 Suppl 1:S11–S18.
- 14 Kementerian Kesehatan RI. Statistik kasus HIV/AIDS di Indonesia dilapor sampai September 2014;2014.
- 15 Komisi Penanggulangan AIDS Surakarta. Data kasus HIV dan AIDS kota Surakarta sampai Desember 2014; 2014.
- 16 Dubé B, Benton T, Cruess DG, Evans DL. Examen critique Neuropsychiatric manifestations of HIV infection and AIDS. 2005;30:237–46.
- 17 Bing EG, Burnam M, Longshore D, Fleishman J, Sherbourne CD, London S, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:721–8.
- 18 Valente SM. Depression and HIV disease. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2003;14:41–51.
- 19 Kopnisky KL, Stoff DM, Rausch DM. Workshop report: The

- effects of psychological variables on the progression of HIV-1 disease. *Brain Behav Immun*. 2004;18:246–61.
- 20 Ofovwue CE, Ofovwue C. Psychological disorders among human immunodeficiency virus-infected adults in southern Nigeria. *Afr J Reprod Health*. 2013;17:177–82.
- 21 Simoni JM, Safren SA, Manhart LE, Lyda K, Grossman CI, Rao D et al. Challenges in addressing depression in HIV research: Assessment, cultural context, and methods. *AIDS Behav*. 2011;15:376–388.
- 22 Webel AR, Higgins PA. The relationship between social roles and self-management behavior in women living with HIV/AIDS. *Womens Health Issues*. 2012;22:e27-33.
- 23 McIntosh RC, Rosselli M. Stress and coping in women living with HIV: A meta-analytic review. *AIDS Behav*. 2012;16:2144–59.
- 24 Olley BO, Reid E, Singh D. Psychopathology and coping in recently diagnosed HIV / AIDS patients - the role of gender. *Methods*. 2004;10:21–4.
- 25 Minsun L. Religious coping, depression, and quality of life in people living with HIV / AIDS A dissertation submitted to the Faculty of Drexel University by Minsun Lee in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctorate in Philosophy Department. ProQuest: Philadelphia, 2012.
- 26 Zou J, Yamanaka Y, John M, Watt M, Ostermann J, Thielman N. Religion and HIV in Tanzania: Influence of religious beliefs on HIV stigma, disclosure, and treatment attitudes. *BMC Public Health*. 2009;9:75.
- 27 Brownley JR, Falloot RD, Wolfson Berley R, Himelhoch SS. Trauma history in African-American women living with HIV: Effects on psychiatric symptom severity and religious coping. *AIDS Care*. 2015;27:964–71.
- 28 Ciesla J, Roberts J. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry*. 2001;158:725–30.

