



Perhimpunan Kedokteran Psikosomatik Indonesia
Bekerjasama dengan
Pengembangan Keahlian Berkelanjutan Ilmu Penyakit Dalam
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

Sertifikat

Diberikan kepada :

Dr. dr. Arina Widya Murni, SpPD, K-Psi

Sebagai

PEMBICARA

Psychosomatic approach in HIV/AIDS patients

Pada :

THE 5TH SCIENTIFIC MEETING ON PSYCHOSOMATIC MEDICINE

Integrated Approach in Psychosomatic Medicine

Jakarta, 1-2 September 2018

Akreditasi IDI No.02360/PB/A.4/08/2018

Peserta 10 SKP

Pembicara 12 SKP

Moderator 4 SKP

Panitia 2 SKP

Dr. E. Mudjaddid, SpPD, K-Psi
Ketua Perhimpunan Kedokteran Psikosomatik Indonesia

Dr. Rudi Putranto, SpPD, K-Psi, MPH
Ketua Pelaksana



Buku Prosiding

The 5th Scientific Meeting on Psychomatic Medicine 2018

(Temu Ilmiah Psikosomatik)

Integrated Approach in Psychosomatic Medicine

Editor

Rudi Putranto

Hamzah Shatri

E.Mudjaddid

Mizanul Adli

TEMU ILMIAH PSIKOSOMATIK 2018

Editor

Rudi Putranto
Hamzah Shatri
E.Mudjaddid
Mizanul Adli

Reviewer:

Prof. dr. Habibah Hanum N, SpPD-KPsi
dr. E. Mudjaddid, SpPD-KPsi, FINASIM
dr. Hamzah Shatri, SpPD-KPsi, FINASIM
dr. Rudi Putranto, SpPD-KPsi, FINASIM
dr. Agus Siswanto, SpPD-KPsi
Dr. dr. Arina Widya Murni, SpPD-KPsi
dr. M. Ali Apriansyah, SpPD-KPsi
dr. Wika Hanida, SpPD-KPsi
dr. Noor A. Sofia, SpPD-KPsi

Ketua Umum : dr. Rudi Putranto, SpPD-KPsi, MPH

Sekretaris : dr. E. Mudjaddid, SpPD-KPsi

Bendahara : dr. Hamzah Shatri, SpPD-KPsi, MEpid

Seksi Ilmiah

Prof. dr. Habibah Hanum N, SpPD-KPsi
dr. E. Mudjaddid, SpPD-KPsi, FINASIM
dr. Hamzah Shatri, SpPD-KPsi, FINASIM
dr. Rudi Putranto, SpPD-KPsi, FINASIM
dr. Agus Siswanto, SpPD-KPsi
Dr. dr. Arina Widya Murni, SpPD-KPsi
dr. M. Ali Apriansyah, SpPD-KPsi
dr. Wika Hanida, SpPD-KPsi
dr. Noor A. Sofia, SpPD-KPsi

Publikasi dan Dokumentasi

dr. MizanulAdli, SpPD
dr. Andi Khomeini HT, SpPD

Seksi Konsumsi

dr. Vera Abdullah, SpPD
dr. Ratih, SpPD

15cm x 23cm
ix+ 236 Halaman

Desain sampul dan Tata letak Hari

Diterbitkan pertama kali oleh
PIPInterna
Perkumpulan Informasi dan Penerbitan Interna
Gedung Cimandiri One, Lantai 3, Unit 302
Jl. Cimandiri No:1 - Cikini, Jakarta Pusat 10330,
Tlp: 021-31903775. Email: pipfkui@yahoo.com

Agustus 2018

Hak Cipta Dilindungi Undang-undang

Dilarang memperbanyak, mencetak, dan menerbitkan sebagian atau seluruh isi buku ini dengan cara dan bentuk apapun tanpa seizin penulis dan penerbit

KONTRIBUTOR

Agus Siswanto

Divisi Psikosomatik,
Departemen Ilmu Penyakit Dalam
FK UGM / RSUP Soeradji Tirtonegoro
Klaten

Arina Widya Murni

Divisi Psikosomatik,
Departemen Ilmu Penyakit Dalam
FK Andalas/RSUP M.Djamil, Padang

Andi Khomeini Takdir Haruni

Divisi Psikosomatik
Departemen Ilmu Penuakit Dalam
FK Unhas / RS Wahidin Sudiro Husodo
Makasar

Andri

Klinik Psikosomatik RS Omni Alam Sutera
Tangerang Selatan

E. Mudjaddid

Divisi Psikosomatik
Departemen Ilmu Penyakit Dalam
FKUI/RSCM, Jakarta

Hamzah Shatri

Divisi Psikosomatik dan Paliatif
Departemen Ilmu Penyakit Dalam
FKUI/RSCM, Jakarta

Muhammad Ali Apriansyah

Divisi Psikosomatik
Departemen Ilmu Penyakit Dalam
FK-UNSRI/RSMH, Palembang

Mizanul Adli

Divisi Psikosomatik & Paliatif
Departemen Ilmu Penyakit Dalam
FKUI/RSCM, Jakarta

Rudi Putranto

Divisi Psikosomatik dan Paliatif
Departemen Ilmu Penyakit Dalam
FKUI/RSCM, Jakarta

Ratih Arianita Agung

Divisi Psikosomatik dan Paliatif
FK UNS/RSUD Dr. Moewardi, Solo

Vera Abdullah

Divisi Psikosomatik dan Paliatif RSUDZA
/ FK Unsyiah, Banda Aceh

Wika Hanida Lubis

Divisi Psikosomatis - Departemen Ilmu
Penyakit Dalam
Fakultas Kedokteran Universitas
Sumatera Utara / RSUP. H. Adam
Malik Medan

KATA PENGANTAR

Sejawat sekalian yang berbahagia,

Puji syukur kehadiran Allah SWT karena atas berkah dan rahmatNya, Temu Ilmiah Psikosomatik ke-5 tahun 2018 yang diselenggarakan pada tanggal 1-2 September 2018 di Hotel Aryaduta, Jakarta dengan tema " Integrated Approach in Psychosomatic Medicine " menyajikan berbagai kegiatan berupa workshop dan symposium serta parade poster ilmiah.

Kegiatan ini diharapkan dapat meningkatkan kompetensi sejawat dibidang psikosomatik dan paliatif yang sesuai dengan tuntutan kemajuan di bidang kedokteran dan kualitas pelayanan kesehatan.

Dalam kegiatan tersebut terkumpul tulisan para narasumber maupun peserta yang mengikuti poster.

Semoga bermanfaat bagi kita semua. Atas perhatian sejawat kami ucapkan terima kasih.

Jakarta, Agustus 2018

Tim Editor

DAFTAR ISI

Kontributor.....	iii
Kata Pengantar.....	v
Daftar Isi.....	vi

SYMPOSIUM

Aspek Spiritual pada Penyakit Ginjal Kronik.....	1
Wika Hanida Lubis	
Correlation of Depression And Tnf-A in Asthma Patients.....	9
Muhammad Ali Apriansyah	
Depresi pada Hipotiroid.....	21
Siswanto	
Tatalaksana Fibromialgia Menggunakan Pendekatan Psikosomatik	39
E. Mudjaddid	
Psychosocial Problem In Cancer Patients: Diagnosis and Management	49
Muhammad Ali Apriansyah	
How to Control Blood Glucose in Diabetic Patient with Depression ?.....	62
Rudi Putranto	
Diagnosis dan Tatalaksana Depresi pada Penyakit Jantung Koroner	73
Hamzah Shatri	
Dispepsia Fungsional vs Organik: Sudut Pandang Psikosomatik ..	87
Hamzah Shatri	
Somatic Complaints nn Depression Patients	97
Andri Andri	
Pendekatan Psikosomatik pada Penderita HIV/AIDS.....	98
Arina Widya Murni	
Peran Sulpiride pada Tatalaksana Dispesia Fungsional.....	110
E. Mudjaddid	

WORKSHOP

Kebijakan dan Model Pelayanan Paliatif Di Indonesia.....	113
Rudi Putranto	
Keterampilan Komunikasi (Breaking Bad News – Family Meeting)	119
Vera Abdullah	
Penatalaksanaan Nyeri Pada Pasien Paliatif	124
Ratih Arianita Agung	
Fisiologi Tidur dan Patofisiologi Insomnia.....	133

POSTER

Depresi pada Geriatri	141
Apriani, Wika Hanida Lubis, Habibah Hanum Nasution	
Efek Terapi Akupunktur terhadap Penurunan Skor <i>Insomnia Severity Index</i> pada Pasien Insomnia.....	148
Tresnaningsih, Shinta D. Sukandar, Adiningsih Srilestari, Cang Yu Ciang	
Efek Akupunktur terhadap Perbaikan Skor <i>Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)</i> pada Pasien Geriatri dengan Insomnia	149
Griselda Tanumas, Hasan Mihardja, Adiningsih Srilestari, Arya Govinda Rooshoeroe	
Nyeri Kanker di RSUP Haji Adam Malik (HAM) Medan Tahun 2017: Prevalensi dan Penatalaksanaan	151
Risna Wati, Wina Yulinda, Habibah Hanum Nasution, Wika Hanida Lubis	
Tingkat Depresi pada Pasien kanker yang menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi	153
Yonifa Anna Wiasri, Sri Marwanta, Ratih Arianita Agung	
Tb-Hiv Stadium IV Dengan Polyp Endoserviks Dengan Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion (LSIL) dan Depresi Berat dengan Gangguan Psikotik : Sebuah Laporan Kasus Paliatif	155
M. Yusuf Arief A, Putri Muthia, Zen Ahmad, M. Ali Apriansyah	
Uji keakuratan Skor <i>Palliative Prognostic Index (PPI)</i> pada pasien paliatif di RSUP H. Adam Malik Medan	158
Nova Sipahutar, Wika Hanida Lubis	
Efektivitas Penggunaan Amitriptilin pada Sindrom Kolon Iritabel	160
Wahyu Purnama, Sheli Azalea, Widayat Djoko	

Perbandingan Keakuratan antara <i>Palliative Prognostic Score</i> (PaP Score) dengan <i>Clinical Prediction of Survival</i> (CPS).....	161
Widya Deli Satuti, Wika Hanida Lubis	
Hubungan Skor Spiritual dengan Depresi pada Pasien Hemodialisis	172
Harun Andreas, Fatwa Sitta, Habibah Hanum Nasution, Wika Hanida Lubis	
Hubungan Tingkat Ansietas Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Lupus Eritematosus Sistemik (LES) di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta	181
Adityo Prabowo, Noor Asyiqah Sofia, Ayu Paramaiswari	
Hubungan Tingkat Depresi dengan Kualitas Hidup pada Pasien Lupus Eritematosus Sistemik (LES)	183
Ana Khairina, Noor Asyiqah Sofia, Ayu Paramaiswari	
Hubungan Antara Skor Depresi dengan Kualitas Hidup pada Pasien dengan HIV di RSUP Dr. Sardjito	185
Anita Septiana Maria K, Agus Siswanto, Noor Asyiqah Sofia	
SEPSIS MODS + B20 stadium IV + TB paru BTA (-) + Depresi mayor + HIV associated neurocognitive disorder: A Case Report.....	187
Carolina Hajir, Agus Siswanto, Noor Asyiqah	
Hubungan Antara simptom depresi yang diukur menggunakan <i>Patient Health Questionnaire-9</i> (PHQ-9) dengan sesak napas secara objektif menggunakan parameter Kapasitas Fungsional Paru-Paru (FVC, FEV1, dan FEV1/FVC) berdasarkan <i>Formula British Thoracic Society</i> (BTS) dan secara subjektif berdasarkan <i>Multidimensional Dyspneu Profile</i> (MDP) Pada Pasien HIV	189
Kusmardanu Setyo Sejati, Noor Asyiqah Sofia, Heni Retnowulan	
Laporan Kasus : Tatalaksana Depresi Mayor Terhadap Penyembuhan Luka Ulkus Diabetikum	191
Leida Ariani Saltian, Agus Siswanto, Noor Asyiqah sofia	
Depresi pencetus Ketoasidosis Diabetikum pada Diabetes Mellitus Tipe Lain; Laporan Kasus	193
Lisa Larosma Dewi, Noor Asyiqah Sofia, Agus Siswanto	
Korelasi Antara Derajat Keparahan Insomnia dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Rsup Dr Sardjito Yogyakarta/Rs Dr Ario Wirawan Salatiga	195
Medicia Yurista, Noor Asyiqah, Agus Siswanto	

Gangguan Depresi dan Gangguan Cemas pada Pasien Laki-laki Muda dengan HIV/AIDS.....	197
Noviantoro Sunarko Putro, Noor Assyiqah	
Pengaruh Latihan Pasrah Diri (LPD) terhadap HbA1C Pasien Diabetes Mellitus Tipe II (DMT2) Tanpa Depresi.....	199
Rico Novyanto, Agus Siswanto, Noor Asyiqah	
Hubungan Insomnia Severity Index (ISI) dengan Sesak Napas Berdasarkan Kapasitas Fungsional Paru-Paru (FVC, FEV1, dan FEV1/FVC) dan Berdasarkan ST. George Respiratory Questionnaire (SGRQ) pada Pasien HIV di RS Paru Ario Wirawan Salatiga dan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.....	201
Theresia Sudjono, Noor Asyiqah Sofia, Heni Retnowulan	
Pengaruh Latihan Pasrah Diri (LPD) Terhadap <i>hs-CRP</i> pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 (DMT2) TANPA DEPRESI.....	203
Yohana Sahara, Agus Siswanto, Noor Asyiqah	
Angka Kejadian Depresi pada Pasien Paliatif di Ruang Rawat Inap RSMH Palembang Periode Mei-Juli 2018	205
Welly Salutondok, M. Yusuf Arief A., Tommy Setiawan M. Ali Apriansyah	
Perbedaan Hubungan Kecemasan Terhadap IMT pada Wanita Dewasa Awal dan Dewasa Menengah	207
Hastin Mutiara Surga, Ratih Arianita Agung	
Hubungan Depresi terhadap Derajat Nyeri pada Pasien yang Menjalani Kemoterapi Di RSUD dr. Moewardi	209
Berty Denny Hermawati Ratih Arianita Agung, Sri Marwanta	
Hubungan Kecemasan terhadap Derajat Nyeri pada Pasien yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi	211
Intan Rengganis Ratih Arianita Agung, Sri Marwanta	
Evaluation of Heart Rate Variability in General Anxiety Disorder Patient	213
Ratih Arianita, H. Shatri, R. Putranto, E. Mudjaddid	
Symptoms of Anxiety and Depression in Caregivers of Hospitalized Geriatric Patients	215
Sihombing SS, Putranto R, Harimurti K, Rinaldi I	
Factors Associated with Sleep Quality in Patients with Systemic Lupus Erythematosus : Study Protocol	217
Gestana Andru, Rudi Putranto, Alvina Widhani, Arif Mansjoer	

Efek Terapi Musik dalam Manajemen Pasien Dengan Nyeri Kronik: Sebuah Laporan Kasus Berbasis Bukti	218
Amry Irsyada Yusuf	
Depresi dengan Manifestasi Klinik Sindrom Lelah Kronik: Sebuah Laporan Kasus	220
Gracia Ayundini, Hamzah Shatri	
Important Aspect of Paliative Care in Ederly With Acute Myeloid Leukemia.....	223
Tulus Widiyanto, Hamzah Shatri, Rudi Putranto	
Hubungan antara Depresi dan Sindrom Lupus Eritematosus: Sebuah Laporan Kasus	225
Rizki Febriani Putri, Rudi Putranto, Hamzah Shatri, E Mudjaddid	
Depresi pada <i>Guillan-Barre Syndrome</i>.....	227
Pradipto Utomo, Rudi Putranto, Hamzah Shatri	
Hipertensi Kerah Putih pada Gangguan Ansietas	229
Antonius RAN, Mizanul A, Rudi P, Hamzah S	
Peran Opioid Pada Kasus Dypsneu Pasien Paliatif	231
Fachrull, Rudi Putranto, Hamzah Shatr	
Gangguan Kualitas Hidup Pada Pasien Rheumatoid Artritis dengan Depresi	233
lin Indra Pertiwi, Hamzah Shatri, Rudi Putranto, Mizanul Adli	
Dementia Episode in Metabolic Patient with Generalized Anxiety Disorder	235
Abdullah V. Putranto R, Mudjaddid E, Shatri H	



Buku Prosiding

The 5th Scientific Meeting on Psychomatic Medicine 2018 (Temu Ilmiah Psikosomatik)

SYMPOSIUM

PENDEKATAN PSIKOSOMATIK PADA PENDERITA HIV/AIDS

Arina Widya Murni

Divisi Psikosomatik,
Departemen Ilmu Penyakit Dalam
FK Andalas/RSUP M.Djamil, Padang

PENDAHULUAN

Masalah HIV/AIDS adalah masalah besar yang mengancam Indonesia dan banyak Negara di seluruh dunia. HIV/AIDS menyebabkan berbagai krisis secara bersamaan berupa krisis kesehatan, krisis pembangunan Negara, krisis ekonomi, pendidikan dan juga krisis kemanusiaan. Dengan kata lain HIV/AIDS menyebabkan krisis multi dimensi.¹

Di Indonesia, infeksi HIV adalah merupakan masalah kesehatan yang memerlukan perhatian sejumlah pihak dilaporkan pertama kali pada tahun 1987. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, pada akhir bulan Maret 2015 tercatat kumulatif 234.185 kasus HIV dan AIDS dengan rincian 167.350 kasus HIV dan 66.835 kasus AIDS. Diyakini jumlah tersebut jauh lebih rendah daripada keadaan yang sebenarnya.²

Upaya penanggulangan HIV/AIDS pada mulanya diprioritaskan pada upaya pencegahan. Peningkatan jumlah pengidap HIV dan kasus AIDS yang memerlukan terapi ARV mengakibatkan strategi penanggulangan HIV/AIDS lebih difokuskan pada upaya pencegahan dipadu dengan upaya perawatan, dukungan sosial serta pengobatan.

Penderita HIV/AIDS berpotensi mengalami gangguan psikosomatis selama perjalanan penyakitnya. Gangguan ini bisa berupa depresi, gangguan mood dan penyalahgunaan alkohol. Gangguan ini mungkin terkait langsung atau tidak langsung dengan HIV.

MASALAH PSIKOLOGIS PENDERITA HIV/AIDS

Selain dapat mengakibatkan kematian, HIV dan AIDS juga memunculkan berbagai masalah seperti ketakutan, keputusan yang disertai dengan prasangka buruk dan diskriminasi dari orang lain, yang kemudian dapat menimbulkan ketakutan psikologis. Salah satu jenis tekanan psikologis utama yang sering terjadi pada penderita AIDS adalah depresi dengan gejala adanya perasaan sedih, putus asa, tidak berdaya, merasa rendah diri, merasa bersalah, merasa tidak berharga. Keinginan untuk bunuh diri di saat penyakit semakin memberat seringkali terlintas pada sebagian penderita terutama mereka yang melihat kematian temannya yang disebabkan oleh AIDS. Selain itu penderita cenderung menarik diri dari pergaulan, memberikan ekspresi "pasrah", sulit tidur, dan hilangnya nafsu makan⁹.

Menurut Kalichman, sebanyak satu dari empat penderita HIV dan AIDS berusia lebih dari 45 tahun pasti memiliki pikiran untuk bunuh diri karena sakit yang dideritanya. Pikiran bunuh diri ini disebabkan oleh depresi yang mereka alami. Di samping itu, adanya ketidakpastian akan nasib penderita HIV dan potensi untuk menderita AIDS menimbulkan perasaan cemas dan depresi. Orang yang sudah terkena HIV dan AIDS akan dihindari perasaan menjelang maut, rasa bersalah akan perilaku yang membuatnya terkena infeksi, dan rasa diasingkan oleh orang lain.

Stres ini akan turut melemahkan sistem imun yang sudah dilumpuhkan oleh HIV sebelumnya. Banyak orang yang tertular HIV dan AIDS juga ditinggalkan oleh teman atau pasangan mereka. Depresi berkepanjangan ini akan turut melemahkan sistem imun penderita sendiri.

ASPEK PSIKOSOMATIS SEBELUM TERINFEKSI HIV

a. Faktor Internal

Kepribadian : kepribadian yang labil, serta mudah terpengaruh oleh orang lain, gangguan kepribadian depresif, rasa kehilangan kepercayaan diri, pengasuhan orang tua yang buruk, dan superego yang menghukum.

Keluarga : Ketidakharmonisan hubungan keluarga (broken home) dan matinya hubungan komunikasi antar mereka, berhadapan dengan situasi demikian akan mudah merasa putus asa, frustrasi, bingung, dan ketiadaan pegangan dalam hidupnya. Mereka akan mencari kompensasi diluar rumah sehingga mudah terjerumus ke dalam narkotika.

b. Faktor Eksternal

Faktor tekanan kelompok teman sebaya seperti pergaulan dengan teman sebaya yang berpengaruh cukup kuat dimasa remaja. Pada masa ini, remaja tidak hanya mendefinisikan dirinya dengan menggunakan standar yang ada pada dirinya, namun juga standar luar yang dibentuk oleh teman-temannya. Dunia teman sebaya merupakan ajang perbandingan dan eksplorasi untuk memperoleh informasi pembentuk identitas mereka. Jadi positif dan negative pergaulan teman sebaya akan sangat mempengaruhi. Tekanan negatif dari teman sebaya dapat menjadi risiko tersendiri.

GANGGUAN PSIKOPATOLOGI PENDERITA HIV/AIDS

Terdapat beberapa jenis gangguan psikiatrik/psikosomatik atau psikopatologi pada ODHA (Orang Dengan HIV AIDS) berdasarkan instrumen MINI ICD-10, yaitu Gangguan Mood seperti depresi (68%), Gangguan Ansietas Menyeluruh (41%),Gangguan Psikotik (6%). Disamping itu, beberapa referensi yang lainnya menyatakan penyakit demensia terkait HIV (*HIV-associated dementia* – HAD) merupakan salah satu gangguan psikiatri terutama mengenai penyebab organik pada pasien yang terinfeksi HIV. Ini merupakan topik penting, karena 90% pasien AIDS mempunyai tanda penyakit SSP saat diotopsi dan 65% sampai 80% ditemukan pada pasien AIDS yang dirawat inap.

GANGGUAN KOGNITIF RINGAN.

Bentuk keterlibatan otak yang lain yang tidak terlalu parah disebut gangguan neurokognitif oleh karena HIV, dikenal juga sebagai ensefalopati. Gangguan ini ditandai dengan hendaya fungsi kognitif

dan penurunan aktivitas sosial. Tidak ada temuan laboratorium yang spesifik untuk gangguan ini dan hal ini terjadi terlepas dari depresi dan ansietas.⁶

Gangguan Ansietas adalah keadaan tegang yang berlebihan atau tidak pada tempatnya yang ditandai oleh perasaan khawatir, tidak menentu atau takut. Gejala-gejala ansietas terdiri atas 2 komponen, yaitu komponen psikis/mental dan komponen fisik. Gejala psikis berupa ansietas atau kecemasan itu sendiri seperti was-was, komponen fisik merupakan manifestasi dari keterjagaan yang berlebihan (hyperarousal syndrome): jantung berdebar,napas cepat, mulut kering,keluhan lambung (maag), tangan dan kaki terasa dingin dan ketegangan otot.

Gangguan ansietas menyeluruh termasuk yang paling sering dijumpai. Gambaran umum penyakit ini adalah adanya kekhawiran atau ansietas yang kurang lebih konstan, yang tidak sebanding dengan tingkat stressor sesungguhnya dalam kehidupan.⁸

Pasien terinfeksi HIV mungkin mengalami gangguan ansietas jenis apapun namun yang paling sering adalah gangguan ansietas menyeluruh, gangguan stress pasca trauma, dan gangguan obsesif kompulsif. Reaksi ansietas pada ODHA sering kali mencakup rasa khawatir yang mendalam, ketakutan, dan prihatin terhadap kesehatan, masalah somatik, kematian, dan ketidakpastian mengenai penyakitnya.

Reaksi ini kerap kali mengarah kepada sulit tidur dan berkonsentrasi dan meningkatnya keluhan somatik. Lebih sering terjadi pada saat diagnosis dan selama pengobatan baru atau penyakit akut.

GANGGUAN DEPRESI

Gangguan depresi adalah gangguan kejiwaan yang menonjolkan *mood* sebagai masalahnya, dengan berbagai gambaran klinis yakni gangguan episode depresif, gangguan distimik, gangguan depresif mayor dan gangguan depresif unipolar serta bipolar. Depresi merupakan bentuk gangguan jiwa pada alam perasaan (afektif, mood) yang biasa ditandai dengan kemurungan, kesedihan, kelesuan, kehilangan gairah hidup, tidak ada semangat, merasa tidak berdaya, perasaan bersalah, tidak berguna, dan putus asa.

Gangguan ini menetap selama beberapa waktu dan mengganggu fungsi keseharian seseorang.

Patofisiologi depresi dijelaskan dalam beberapa hipotesis:

1. Amina biogenik merupakan hipotesis yang menyatakan, depresi disebabkan 5 menurunnya atau berkurangnya jumlah neurotransmitter norepinefrin (NE), serotonin (5 – HT) dan dopamine (DA) dalam otak.
2. Hipotesis sensitivitas reseptor yaitu perubahan patologis pada reseptor yang dikarenakan terlalu kecilnya stimulasi oleh monoamine dapat menyebabkan depresi.
3. Hipotesis desregulasi, tidak beraturannya neurotransmitter sehingga terjadi gangguan depresi dan psikiatrik. Dalam teori ini ditekankan pada kegagalan homeostatik sistem neurotransmitter, bukan pada penurunan atau peningkatan absolute aktivitas neurotransmitter.

Diagnosis depresi juga bisa menjadi sulit pada HIV, seperti pada sebagian besar kelompok berpenyakit medis. Secara umum telah terbukti bahwa penyakit HIV berhubungan dengan tekanan sosial dan kehidupan tertentu, seperti stigma (cap buruk), yang mungkin mempengaruhi seseorang menjadi depresi. Depresi pada HIV AIDS juga dikaitkan dengan perasaan bahwa kesehatannya buruk, rasa sakit kronis, dan kehilangan daya ingat serta konsentrasi.^{2,7}

Kira-kira 4 - 40% pasien terinfeksi HIV telah dilaporkan memenuhi kriteria diagnostik untuk gangguan depresif. Prevalensi gangguan depresif pra-infeksi HIV mungkin lebih tinggi dari biasanya pada kelompok yang berada pada resiko tertular AIDS. Alasan lain untuk bervariasinya angka prevalensi adalah penerapan untuk kriteria diagnostik yang bervariasi, karena beberapa kriteria untuk gangguan depresif (gangguan tidur dan penurunan berat badan) juga dapat disebabkan oleh infeksi HIV itu sendiri. Depresi akibat kondisi penyakit medis atau depresi sekunder akibat penyakit medis atau fisik banyak terjadi. Depresi lebih banyak terjadi pada populasi dengan penyakit medik-fisik dibanding dengan yang tidak, depresi sering tidak terdeteksi karena dipersepsi sebagai reaksi normal terhadap penyakit medik-fisik

yang dideritanya, depresi lebih sulit ditangani pada populasi dengan penyakit medik-fisik, depresi yang tidak diterapi akan memperburuk morbiditas penyakit fisiknya dan meningkatkan mortalitas.⁷

Gangguan depresi membuat seluruh tubuh sakit, juga perasaan dan pikiran. Gangguan depresi mempengaruhi nafsu makan dan pola tidur, cara seseorang merasakan dirinya, berpikir tentang dirinya dan berpikir tentang dunia sekitarnya. Keadaan depresi bukanlah suatu kesedihan yang dapat dengan mudah berakhir, bukan tanda kelemahan dan ketidakberdayaan, bukan pula kemalasan. Mereka yang mengalami gangguan depresif tidak akan tertolong hanya dengan membuat mereka bergembira dengan hiburan. Tanpa terapi tanda dan gejala tak akan membaik selama berminggu-minggu, berbulan-bulan bahkan bertahun.

Pendekatan teori kognitif beranggapan bahwa depresi neurosa terjadi sebagai akibat adanya *negative cognition set* (konstelasi depresi) sebagai suatu predisposisi dalam pemunculan depresi pada individu, sehingga menimbulkan *self esteem* (penghargaan diri) yang rendah yang mengakibatkan timbulnya anggapan yang salah, pesimis dalam menghadapi permasalahan dalam hidupnya. Keadaan ini membuat individu memiliki harapan yang sangat terbatas terhadap kehidupan masa depannya. Jelas sekali bahwa teori ini melibatkan terjadinya depresi terutama sebagai gangguan dalam proses berpikir dan bukan sebagai gangguan kehidupan perasaan emosi.

Gangguan dalam proses berpikir (kognisi) ini berupa distorsi dalam mengkonseptualisasikan stimulus dan adanya disfungsi skema/belief. Arron T. Beck telah memberikan penjelasan yang komprehensif mengenai depresi dari sudut pandang kognitif, yang disebut dengan model kognitif depresi. Model kognitif depresi Beck terdiri dari tiga konsep utama, yaitu ¹⁰:

1. Pandangan negatif tentang diri sendiri

Keyakinan diri bahwa penderita merasa tidak berharga, rusak, tidak mampu dan tidak diharapkan. Seorang individu yang mengalami depresi akan menginterpretasikan kejadian negatif disebabkan kegagalan dan ketidakmampuan diri.

2. Pandangan negatif tentang dunia

Menganggap dunia dan lingkungannya sebagai tidak peka, membuat frustrasi, dan banyak memuntut. Seorang individu yang depresi akan melihat dunia secara pesimis dan sinis.

3. Pandangan negatif tentang masa depan

Menganggap masa depan sebagai sia-sia dan menyakini bahwa kejadian negatif akan terus terjadi. Seorang individu yang mengalami depresi percaya bahwa ia tidak berdaya dan tidak memiliki kekuatan untuk memperbaiki keadaan atau masa depannya

Menurut teori yang dikembangkan oleh Dr. Elizabeth Kubler-Ross, secara umum terdapat 5 tahap atau reaksi yang akan dilewati oleh penderita HIV dan AIDS dalam menjalani hidupnya bersama HIV dan AIDS, yaitu

1. Tahap *denial*, dengan mengingkari kematian dengan mengisolasi perasaan yang berhubungan dengan kematian.
2. Tahap *angry*, dengan melakukan kemarahan yang ditujukan pada kenyataan bahwa dirinyalah yang harus meninggal sedangkan orang lain tidak meninggal.
3. Tahap *bargaining*, dengan berusaha menawar untuk mendapatkan pengobatan dan mencoba untuk menunda hal-hal yang tidak terelakkan.
4. Tahap *depression*, dengan bereaksi terhadap berbagai macam kehilangan, persiapan emosional untuk perpisahan.
5. Tahap *acceptance*, dengan mampu menerima kenyataan tentang kematiannya dan berusaha menyesuaikan diri terhadap kehilangan dan kematian.

MANIA

Perwujudan mania mencakup suasana hati yang meningkat, meluap, atau lekas marah; *grandiosity*; peningkatan tenaga dan berkurangnya kebutuhan akan tidur; kemampuan bicara tertekan; pikiran cepat; bertindak sesuai kata hati; dan kemungkinan berkhayal, berhalusinasi, dan gejala psikosis lain yang jelas. Mania sebagai gejala yang tampak

atau sebagai akibat dari HIV tercatat mengalami peningkatan secara bermakna pada pasien dengan AIDS.^{1,2}

Bunuh diri

Ide dan percobaan bunuh diri dapat meningkat pada pasien terinfeksi HIV dan AIDS. Faktor resiko bunuh diri pada orang Infeksi HIV adalah memiliki teman yang meninggal akibat AIDS, baru diberitahu HIV seropositif, relaps, masalah sosial besar karena homoseksualitas, dukungan sosial dan finansial tidak mencukupi.^{1,2}

WORRIED WELL

Keadaan yang dimaksud *worried well* adalah mereka yang berada pada kelompok risiko tinggi yang meski seronegatif dan bebas penyakit cemas tertular virus tersebut, Beberapa dapat diyakinkan dengan hasil uji serum ulang negatif, namun yang lain tidak dapat diyakinkan. Status *worried well* mereka berlanjut menjadi ansietas menyeluruh, serangan panik, gangguan obsesi kompulsif, dan hipokondriasis.

PENATALAKSANAAN GANGGUAN PSIKOSOMATIK PADA PENDERITA HIV/AIDS

Penanganan tergantung pada luas dan sifat penyakit tertentu dan gejala yang diperlihatkan. Psikoterapi sering kali cukup membantu, khususnya dalam keadaan hubungan konseling. Intervensi farmakologi sebaiknya di bawah pengawasan dokter.^{1,3,4}

Usaha untuk mengobati suatu aspek gangguan kecemasan pada pasien terinfeksi HIV dengan suatu tehnik psikoterapeutik yang tepat dapat dilakukan; tetapi, penggunaan obat anti ansietas sedative benzodiazepine atau non benzodiazepine (misalnya Buspirone) atau penggunaan obat antidepresan mungkin diperlukan. Jika menggunakan suatu benzodiazepine, sebagian besar klinisi lebih menyukai menggunakan obat dengan paruh waktu yang singkat atau sedang.²

Banyak jenis terapi, efektivitas akan berbeda dari orang ke orang dari waktu ke waktu. memberikan medikasi dengan antidepresan dan medikasi lainnya untuk membuat keseimbangan kimiawi otak penderita. Pilihan terapi sangat bergantung pada hasil evaluasi riwayat kesehatan fisik dan mental penderita. Pada gangguan depresif ringan seringkali psikoterapi saja dapat menolong. Tidak jarang terapi memerlukan psikofarmaka antidepresan. Medikasi akan membantu meningkatkan suasana hati sehingga relatif penderita lebih mudah ditolong dengan psikoterapi dan simptonnya cepat menurun. Setiap individu mempunyai kebutuhan dan latar belakang yang berbeda, sehingga terapinya disesuaikan dengan kebutuhannya. Terapi juga dipengaruhi oleh masalah pribadi kehidupan penderita.^{5,11}

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa pengobatan depresi pada ODHA adalah aman dan efektif. Dukungan dan konseling yang memungkinkan pasien menghadapi dan menyelesaikan atau menyesuaikan diri terhadap kejadian yang menyebabkan stres dalam hidup seperti masalah keuangan, kekerasan fisik, dan pertentangan dalam keluarga yang dilakukan sendiri mungkin membantu mengendalikan depresi dan memperbaiki mutu hidup. Terapi kelompok telah terbukti berguna untuk depresi ringan sampai menengah, tetapi pengobatan farmakologi tampaknya diperlukan untuk depresi yang lebih parah terkait dengan HIV.^{7,12}

Gangguan depresif pada pasien terinfeksi HIV harus diobati secara agresif dengan medikasi antidepresan. faktor utama pengobatan farmakologi mencakup *tricyclic antidepressant* (TCA), *selective serotonin reuptake inhibitor* (SSRI), dan terapeutik. dosis normal yang digunakan pada orang dewasa, dan dosis harus dinaikan sedikit-sedikit setiap dua sampai tiga hari hingga tercapai suatu efek terapeutik. Obat-obatan ini mempunyai berbagai macam riwayat efek samping, masa paruh, dan interaksi dengan obat lain dan karena itu sebaiknya dipilih dengan pertimbangan yang hati-hati sesuai dengan keluhan somatik dan rejimen pengobatan tertentu lainnya dari pasien. Misalnya, jika pasien menderita diare kronis dan neuropati perifer, TCA mungkin lebih dipilih daripada SSRI karena SSRI lebih mungkin

memperburuk diare dan TCA terbukti efektif dalam mengobati neuropati perifer. Penggunaan atau terapi elektrokonvulsif (ECT) direkomendasikan jika pemeriksaan neurologis menegaskan tidak adanya peningkatan tekanan intrakranial atau lesi system saraf pusat yang mengambil tempat (*space-occupying*).^{2,7,13}

PENDEKATAN PSIKOTERAPI

Psikoterapi ialah suatu cara pengobatan terhadap masalah emosional seorang pasien yang dilakukan oleh seorang terlatih dalam hubungan profesional secara sukarela dengan maksud hendak menghilangkan, mengubah, atau menghambat gejala-gejala yang ada, mengoreksi perilaku yang terganggu dan mengembangkan pertumbuhan kepribadian secara positif.⁹

Psikoterapi merupakan terapi yang digunakan untuk menghilangkan atau mengurangi keluhan-keluhan dan mencegah kambuhnya gangguan psikologik atau pola perilaku, maladaptif. Terapi dilakukan dengan jalan pembentukan hubungan profesional antara terapis dengan penderita.¹⁴

Psikoterapi dilakukan dengan memberikan kehangatan, empati, pengertian dan optimisme. Dalam pengambilan keputusan untuk melakukan psikoterapi sangat dipengaruhi oleh penilaian dari dokter atau penderitanya. Tema praktis utama untuk pasien adalah pekerjaan, manfaat medis, asuransi jiwa, rencana karir, dan hubungan dengan keluarga dan teman-teman.

Tema psikodinamik pasien terinfeksi HIV mencakup menyalahkan diri sendiri, harga diri, dan masalah tentang kematian. Dokter dapat membantu pasien mengatasi perasaan bersalah seputar perilaku yang menyebabkan dirinya terkena infeksi atau AIDS. Beberapa pasien HIV dan AIDS merasa bahwa dirinya dihukum.

Seluruh kisaran pendekatan psikoterapeutik mungkin mungkin sesuai untuk pasien dengan gangguan terkait HIV. Baik terapi individu maupun kelompok menjadi efektif. Terapi individu dapat bersifat jangka pendek dan jangka panjang dan dapat berupa suportif, kognitif, perilaku, atau psikodinamik.^{2, 15}

Psikoterapi suportif pada pasien HIV bertujuan untuk menguatkan daya mental yang ada, mengembangkan mekanisme yang baru dan yang lebih baik untuk mempertahankan kontrol diri, mengembalikan keseimbangan adaptif (dapat menyesuaikan diri). Seperti berupa bimbingan, sugesti, bimbingan, penyuluhan, hipnoterapi.¹⁶

Psikoterapi kelompok berguna untuk membebaskan individu dari stress membantu para anggota kelompok agar dapat mengerti lebih jelas sebab musabab kesukaran mereka; membantu terbentuknya mekanisme pembelaan yang lebih baik, yang dapat diterima dan yang lebih memuaskan. Agar proses kelompok berjalan lancar maka, individu harus diterima sebaik-baiknya sebagaimana adanya dan pembatasan yang tidak perlu dihindarkan dan diskriminasi.⁹

KESIMPULAN

1. Infeksi HIV dan gangguan psikosomatis mempunyai hubungan yang kompleks, menjadi terinfeksi HIV akan menyebabkan gangguan psikosomatis sebagai konsekuensi psikologis dari infeksi atau karena efek dari virus HIV tersebut yang menyerang otak.
2. Terdapat beberapa jenis gangguan psikiatrik atau psikopatologi pada orang dengan HIV/AIDS berdasarkan instrumen MINI ICD-10, yaitu Gangguan Mood seperti depresi (68%), Gangguan Ansietas Menyeluruh (41%), Gangguan Psikotik Tunggal (6%).
3. Terapi mencakup Psikofarmakologi dan Psikoterapi yakni pengobatan terutama untuk penyakit HIV/AIDS itu sendiri serta terapi untuk gangguan-gangguan psikosomatis yang menyertainya.

SARAN

Diperlukan perhatian lebih pada penatalaksanaan AIDS pada aspek psikosomatis karena AIDS merupakan penyakit yang memerlukan dukungan untuk mengatasi masalah fisik, psikis, dan sosial.

DAFTAR PUSTAKA

1. Djoerban Z, Djaui S. HIV/AIDS di Indonesia. In: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata MK, Setiati S, eds. *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. 4th ed. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI 2006
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2011-2016 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011), vii.
3. Djaui S, Djoerban Z. Penatalaksanaan HIV/AIDS di pelayanan kesehatan dasar. Jakarta: Balai Penerbit FKUI 2002.
4. Fauci AS, Lane HC. Human Immunodeficiency Virus Disease: AIDS and related disorders. In: Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, Braunwald E, House SL, Jameson JL, editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 17thed. The United States of America: McGraw-Hill
5. Kelompok Studi Khusus AIDS FKUI. In: Yuniastuti E, Djaui S, Djoerban Z, editors. *Infeksi oportunistik pada AIDS*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI 2005.
6. Merati TP, Djaui S. Respon imun infeksi HIV. In: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata MK, Setiati S, eds. *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. 4thed. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI 2006
7. Mustikawati DE. Epidemiologi dan pengendalian HIV/AIDS. In: Akib AA, Munasir Z, Windiastuti E, Endyarni B, Muktiarti D, editors. *HIV infection in infants and children in Indonesia: current challenges in management*. Jakarta: Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM 2009
8. Yosua Hendriko Manurung, Margarita Maria Maramis, Erwin Astha Triyono. The Depression Profile of People Living With HIV/AIDS (PLWHA) Receiving Antiretroviral Treatment In Dr. Soetomo Hospital Surabaya. *Folia Medica Indonesiana* Vol. 50 No. 1 January - March 2014 : 6-9.
9. Kaplan H, Sadock B. 2010. *Buku Ajar Psikiatri Klinis*. Jakarta: EGC.
10. P Kowalak, William Wels. 2011. *Buku ajar patofisiologi*. Jakarta: EGC
11. Stephen H. Gillespie, Kathleen B. Bamford. 2008. *At a Glance Mikrobiologi Medis dan Infeksi*. Erlangga Medical Series.
12. Maslan R. *Buku saku diagnosis gangguan jiwa rujukan ringkas PPDGJ-III*. Jakarta : PT.Nuh Jaya;2001. Hal.64
13. Schaefer, M., Capuron, L., Friebe, A., Diez-Quevedo, C., Robaey, G., Neri, S, Pariente, C. (2012). Hepatitis C infection, antiretroviral treatment and mental health: A European expert consensus statement. *Journal of Hepatology*. doi:10.1016/j.jhep.2012.07.037
14. Semple, S., Zians, J., Strathdee, S., & Paterson, T. (2009). Sexual marathons and methamphetamine use among HIV-positive men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 583-590.
15. Sherr, L., Clucas, C., Harding, R., Sibley, E., & Catalan, J. (2011). HIV and depression – a systematic review of interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 16(5), 493-527.
16. Silberbogen, A., Ulloa, E., Janke, E., & Mori, D. (2009). Psychosocial issues and mental health treatment recommendations for patients with hepatitis C. *Psychosomatics*, 50(2), 114-122