NASKAH PUBLIKASI

HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DAN DEPRESI PADA ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) DI KEBUMEN

Oleh :

Ade Eva Fatmawati

Yulianti Dwi Astuti

UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
FAKULTAS PSIKOLOGI DAN ILMU SOSIAL BUDAYA
YOGYAKARTA

PROGRAM STUDI PSIKOLOGI

FAKULTAS PSIKOLOGI DAN ILMU SOSIAL BUDAYA

UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA

YOGYAKARTA

2018

NASKAH PUBLIKASI

HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DAN DEPRESI PADA ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA)

Telah disetujui pada tanggal

16 MAR 2018

Dosen Pembimbing

Yulianti Dwi Astuti, S.Psi., M.Soc.Sc.

ii

RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY SUPPORTS AND DEPRESSION IN PEOPLE WITH HIV/AIDS (*ODHA*) IN KEBUMEN

Ade Eva Fatmawati

Yulianti Dwi Astuti

ABSTRACT

This study was aimed to determine the relationship between family supports and depression in people with HIV/ AIDS. The hypothesis of this study was that there was a negative relationship between family supports and depression in people with HIV/ AIDS. The measuring instrument used on the variable of family supports was a modification of Mardiyah (2011) referring to Thompson's theory (2006) while that used on the variable depression was *Beck Depression Inventory* (BDI)-II scale (1996). The scale was distributed to 50 people with HIV/ AIDS visiting the VCT poly of Regional Public Hospital *Dr. Soedirman,* Kebumen. The correlation analysis showed the coefficient value r = -0.588 and p = 0.000 ($p<0.01$). Thus, the hypothesis of this study is **accepted**.

Keywords: Depression, Family Support, HIV/ AIDS, *ODHA*

Pengantar

HIV *(Human Immunodeficiency Virus)* merupakan virus yang menyerang sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh pada manusia. AIDS *(Acquired Immune Deficiency Syndrome)* adalah sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV (Kementrian Kesehatan RI, 2014). Penyakit HIV/AIDS telah menjadi epidemi yang berkembang pesat di seluruh dunia. Berdasarkan data WHO *(World Health Organization)* tahun 2015, penemuan kasus orang yang hidup dengan HIV/AIDS pada tahun 2015 mencapai 36,7 juta penderita, dimana sebanyak 1,1 juta penderita meninggal karena AIDS (WHO, 2017). Menurut Departemen Kesehatan RI (2017) kasus baru HIV di Indonesia tahun 2016 dilaporkan mencapai 41.250 kasus, sedangkan di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2016 mencapai 4.032 kasus baru HIV.

Jumlah penderita HIV/AIDS semakin bertambah dari tahun ke tahun. Kasus HIV/AIDS tidak hanya menjangkit kota-kota metropolitan tetapi sudah masuk pada kota-kota kecil di Indonesia. Kebumen merupakan salah satu kabupaten di Jawa Tengah dengan kasus penemuan HIV/AIDS tertingga se-Jawa Tengah pada semester satu 2017 (Suara Merdeka, 2017). Menurut KPA (Komisi Penanggulangan AIDS) Kabupaten Kebumen, jumlah kasus HIV/AIDS tahun 2003- 2016 terdapat 671 jiwa yang terjangkit HIV/AIDS (KPA, 2017). Penderita HIV/AIDS di Kebumen menyerang ibu rumah tangga sebanyak 144, karyawan sebanyak 172 kasus, buruh 101 kasus, wiraswasta 50 kasus, sopir 24 kasus, dan

anak 25 kasus. Penderita HIV/AIDS berdasarkan usia terbanyak menjangkit usia 30-34 tahun sebanyak 138 kasus, 0-4 tahun sebanyak 21 kasus, 5-9 tahun sebanyak 4 kasus, 15-19 tahun sebanyak 21 kasus, 20-24 tahun sebanyak 80 kasus, 25-29 tahun sebanyak 119 kasus, 35-39 tahun sebanyak 116 kasus, 40-44 tahun sebanyak 70 kasus, 45-49 tahun sebanyak 50 kasus, lebih dari 50 tahun sebanyak 49 kasus dan sebanyak 3 kasus usia tidak diketahui. Banyaknya kasus HIV/AIDS yang menjangkiti masyarakat dari berbagai usia dan pekerjaan memperlihatkan bagaimana persebaran penyakit ini perlu ditangani dengan baik.

Penyakit HIV/AIDS memberikan dampak yang luas dalam berbagai bidang medis maupun sosial. Berbagai isu yang muncul di masyarakat menimbulkan masalah akibat kurangnya pengetahuan mengenai gejala dan cara penularanya. Masyarakat seringkali memperlakukan orang dengan HIV/AIDS berbeda dengan orang yang memiliki penyakit kronis lainnya. Hal tersebut menambah beban sosial maupun psikologis bagi seseorang yang terinfeksi HIV/AIDS. Beban dan permasalahan yang dihadapi oleh penderita AIDS menimbulkan kesedihan, kecemasan, stress dan hilangnya ketertarikan pada sesuatu yang disukai. Kesulitan-kesulitan tersebut terjadi secara terus-menerus sehingga menimbulkan depresi bagi penderita HIV/AIDS (Yaunin, Afrian & Hidayat, 2014).

Menurut *World Health Organization* (2017), depresi merupakan gangguan mental yang umum, ditandai oleh kesedihan, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan bersalah atau rendah diri, terganggu tidur atau nafsu makan, perasaan capek, dan konsentrasi yang buruk. Clarke, Gibson, Barrow, Abel & Barton (2010) melakukan penelitian pada penderita HIV/AIDS berjumlah 63 orang di

Jamaica, Amerika Utara menunjukan bahwa 43% dari subjek yang diteliti mengalami depresi ringan, sedang dan berat. Penelitian lain dilakukan oleh Yaunin, Afrian & Hidayat (2014) menunjukkan bahwa 49 orang penderita HIV/AIDS yang mengunjungi poli VCT RSUP DR. M Djamil Padang yang mengalami depresi sebanyak 24 orang (55,8%) dengan tingkat depresi ringan (45,8%), depresi sedang (20,8%), depresi berat (8,4%) dan depresi sangat berat (25%).

Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan terhadap salah satu penderita ODHA bahwa subjek merasa sedih dan cemas ketika didiagnosa terkena HIV. Subjek juga merasa suka merenung, merasa lelah, nafsu makan berkurang, waktu tidur terganggu, putus asa dan tertekan selama kurang lebih 2 bulan sejak didiagnosa terkena HIV (24 September 2017). Selain itu, wawancara lain terhadap KDS (Kelompok Dukungan Sebaya) yang menangani HIV terdapat beberapa individu ketika didiagnosa HIV tidak menerima bahwa individu tersebut positif HIV. Beberapa individu tersebut sebagian besar merasa bersalah, hilang kegembiraan, pesimis, gangguang tidur dan gangguan makan, bahkan terdapat penderita HIV yang melakukan bunuh diri (7 Oktober 2018). Hal ini sejalan dengan penelitian Sedyowinarso & Partosuwido (2006) yang berjudul "Hubungan antara Simton Depresi dengan Kecenderungan Perilaku Bunuh Diri pada Pasien Gangguan Jiwa" dengan hasil menunjukan adanya hubungan yang signifikan antara simton depresi dengan perilaku bunuh diri.

Saputri & Indrawati (2011) menyatakan ada beberapa fakor yang berpengaruh terhadap depresi antara lain faktor kesehatan, kepribadian,

religiusitas, pengalaman hidup yang pahit, harga diri dan dukungan sosial. Johnson dan Johnson mengatakan bahwa dukungan sosial merupakan keberadaan orang lain yang dapat diandalkan untuk memberikan sebuah bantuan, semangat, penerimaan dan perhatian, sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan hidup bagi seseorang yang bersangkutan (Saputri & Indrawati, 2011). Menurut Meyerowitz (1980) dukungan sosial dapat berasal dari berbagai sumber antara lain, keluarga, pasangan (suami, isteri, atau pacar), teman atau sahabat, konselor, dan dokter atau paramedis.

Sarafino (Utami, 2016) menyatakan bahwa seseorang yang menerima dukungan dari keluarga cenderung untuk lebih mudah menerima nasihat medis daripada yang tidak menerima dukungan dari keluarganya. Friedman (Purba, Rahayu & Sinorita, 2010) menyatakan bahwa dukungan keluarga merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Dukungan yang diberikan keluarga dapat berupa dukungan informasional seperti memberikan informasi mengenai penyakit HIV/AIDS, pengobatan, memberikan saran atau nasihat mengenai penyakit HIV/AIDS. Dukungan instrumental seperti memberikan pertolongan langsung kepada penderita dengan cara menyediakan transportasi dan memberikan biaya pengobatan. Dukungan emosional seperti mengingatkan penderita untuk mengkonsumsi obat dengan teratur, memberikan perhatian, serta kepedulian terhadap penderita HIV/AIDS.

Individu membutuhkan dukungan sosial salah satunya dari keluarga. Friedman (Bisnu, 2017) mengemukakan bahwa keluarga adalah sumber utama konsep sehat sakit dan perilaku sehat. Keluarga berpengaruh besar terhadap

kesehatan fisik anggota keluarga dan sebaliknya disfungsi keluarga dapat menyebabkan tidak efektif menjalani terapi, pola makan yang pada akhirnya terjadi gangguan pada anggota keluarga. Dukungan yang diberikan oleh keluarga dapat memunculkan sikap positif bagi penderita HIV/AIDS. Selain itu, dukungan keluarga juga dapat mengurangi bahkan mencegah perilaku yang memberikan kerugian bagi penderita HIV/AIDS, seperti keinginan untuk bunuh diri karena depresi. Dukungan keluarga diharapkan menjadi faktor yang menurunkan tingkat depresi pada penderita HIV/AIDS untuk menjalani kehidupannya.

Hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya yang berjudul "Dukungan Keluarga dan Depresi pada Penderita HIV/AIDS di Yogyakarta" oleh Pratama & Sulistyarini (2012) adalah lokasi penelitian yang dilakukan serta perbedaan tingkat pendidikan. Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Kebumen yang sebagian besar penduduknya mendapatkan pendidikan yang kurang baik. Hal tersebut menjadi perbedaan dengan penelitian yang dilakukan di kota Yogyakarta atau kota pelajar yang sebagian besar masyarakat mudah mendapatkan pendidikan yang lebih baik daripada di Kabupaten Kebumen. Berdasarkan uraian di atas, peneliti merumuskan masalah penelitian sebagai berikut : Apakah ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA)?

Metode Penelitian

Subjek Penelitian

Karakteristik subjek dalam penelitian ini adalah orang dengan HIV/AIDS yang tinggal di Kebumen, berjenis kelamin laki-laki dan perempuan, berusia 18-60 tahun.

Identifikasi Variabel Penelitian

1. Variabel Tergantung : Depresi
2. Variabel Bebas : Dukungan Keluarga

Definisi Operasional Variabel Penelitian

1. Depresi

   Depresi adalah suatu bentuk gangguan mood yang ditandai dengan perasaan sedih, kehilangan minat dalam beraktivitas, perasaan putus asa, perasaan bersalah, perasaan capek dan konsentrasi yang buruk. Aspek-aspek depresi yang digunakan dalam penelitian ini adalah aspek emosional, kognitif, motivasional, dan gangguan fisik (Beck dalam Burns, 1998). Secara operasional, depresi adalah skor yang didapat oleh responden setelah mengisi skala dengan menggunakan skala yang diadaptasi dari *Beck Depression Inventory* (BDI). Sebelumnya BDI telah diadaptasi oleh Widyarsono (2013) dengan tujuan mengungkap depresi pada orang dengan HIV/AIDS. Semakin tinggi skor yang diperoleh subjek, maka semakin tinggi depresi individu. Begitupun sebaliknya semakin rendah skor depresi subjek, maka semakin rendah pula tingkat depresi individu.

2. Dukungan Keluarga

   Dukungan keluarga adalah suatu bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga lain berupa sikap atau tindakan sehingga memberikan dampak yang

positif pada orang yang dihadapkan pada suatu permasalahan. Dukungan keluarga *(Family support)* dalam penelitian ini terdiri dari empat aspek yaitu dukungan konkrit, dukungan emosional, dukungan informatif, dan dukungan perkembangan. Secara operasional, dukungan keluarga merupakan skor yang diperoleh dari pengukuran dukungan keluarga (*family support)* melalui skala *family support* yang memodifikasi dari alat ukur Mardiyah (2011) yang mengacu pada teori Thompson (2006). Skala dukungan keluarga yang digunakan dalam penelitian ini merupakan skala dukungan keluarga yang dibutuhkan oleh orang dengan HIV/AIDS. Semakin tinggi skor dukungan keluarga (*family support)* yang diperoleh subjek, maka semakin tinggi pula dukungan keluarga (*family support)* pada penderita HIV/AIDS. Begitupun sebaliknya semakin rendah skor dukungan keluarga (*family support)* subjek, maka semakin rendah pula tingkat dukungan keluarga (*family support)* pada penderita HIV/AIDS.

Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang akan dilakukan oleh peneliti dalam penelitian ini menggunakan angket atau kuesioner dengan tujuan untuk mendapat jenis data kuantitatif. Alasan yang mendasari penggunaan metode ini karena peneliti dapat memasukan data penelitian lebih cepat dan praktis serta mencapai objektivitas tinggi. Skala pengukuran harus memiliki validitas dan reliabilitas yang baik.

1. Skala Depresi

Penelitian ini menggunakan skala depresi yang disusun dengan mengadaptasi dari skala yang dibuat oleh Beck (1996) yaitu *Beck Depression Inventory* (BDI) - II. Koefisien reliabilitas *alpha cronbach* bernilai 0,92. *Beck Depression Inventory* (BDI) terdiri dari 21 pernyataan masing-masing menggambarkan manifestasi depresi yang spesifik dari 4 pernyataan yang menggambarkan tingkat intensitas gejala. Masing-masing gejala memiliki tingkat intensitas sebagai berikut : a = 0 : "tidak ada gelaja", b = 1 : "ada gejala ringan, c = 2 : "ada gejala sedang", d = 3 : "ada gejala berat". Penilaian jawaban dari responden dilakukan dengan menjumlahkan seluruh skor yang diperoleh oleh responden. Total jumlah nilai yang diperoleh oleh responden akan menunjukan tingkat depresi yang dimiliki oleh responden yang bersangkutan. Nilai total berkisar dari 0-63. Indikasinya adalah :

a. Jumlah nilai 0-13 : Minimal atau Normal
b. Jumlah nilai 14-19 : Depresi ringan
c. Jumlah nilai 20-28 : Depresi sedang
d. Jumlah nilai 29-63 : Depresi berat*e*

2. Skala Dukungan Keluarga

Skala yang digunakan dalam penelitian ini adalah skala dukungan keluarga *(family support)* yang telah dimodifikasi dari alat ukur Mardiyah (2011) yang mengacu pada teori Thompson (2006) dengan jumlah 19 aitem. Hasil uji reliabilitas pada penelitian yang dilakukan Mardiyah

(2011) dengan subjek lansia sebesar 0,866. Skala ini terdiri dari 19 aitem, dimana seluruh aitem merupakan aitem *favorable* serta memiliki empat pilihan alternatif jawaban.

Metode Analisis Data

Pada penelitian ini, analisis data akan menggunakan perhitungan statistik dengan bantuan *software* SPSS versi 20. Dengan menggunakan *software* SPSS tersebut, peneliti melakukan sejumlah uji statistik, antara lain yaitu uji reliabilitas skala, uji normalitas, uji linearitas, dan uji hipotesis. Pada uji hipotesis, hipotesis dinyatakan diterima apabila p<0,05. Berikut tabel ringkasan rencana analisis data dan taraf signifikansi.

Tabel 1
Rencana Analisis dan Taraf Signifikan

Analisis	Jenis Data	Statistik	Taraf Signifikansi
Uji Reliabilitas	Interval	*Chronbach Alpha*	$p < 0,05$, $\alpha \geq 0,7$
Uji Normalitas	Interval	*Kolmogrov-Smirnov*	$p > 0,05$
Uji Linieritas	Interval	Analisis Varians	$p < 0,05$
Uji Hipotesis	Interval	*Product Moment*	$p < 0,05$

.

Hasil Penelitian

Deskripsi Subjek Penelitian

Berdasarkan data-data yang diperoleh dari pengumpulan data (angket), maka diperoleh gambaran umum mengenai subjek penelitian yang terdapat dalam tabel berikut:

Tabel 1
Tabel Deskripsi Subjek Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis	**Jumlah**	**Persentase**

kelamin		
Laki-laki	21	43 %
Perempuan	28	57 %
Total	49	100 %

Tabel 2
Tabel Deskripsi Subjek Berdasarkan Usia

Usia	Jumlah	Persentase
17-25	7	14%
26-35	16	33%
36-45	13	27%
46-55	10	20%
56-65	3	6%
Total	49	100%

Tabel 3
Tabel Deskripsi Subjek Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Pendidikan	Jumlah	Persentase
SD	13	26 %
SMP	18	37 %
SMA	15	31 %
S1	2	4 %
S2	1	2 %
Total	49	100%

Tabel 4
Tabel Deskripsi Subjek Berdasarkan Status Perkawinan

Status Perkawinan	Jumlah	Persentase
Nikah	31	64 %
Belum Nikah	9	18 %
Janda/Duda	9	18 %
Total	49	100 %

Tabel 5
Tabel Deskripsi Subjek Berdasarkan Lama Terinfeksi

Rentang Waktu	Jumlah	Persentase
Kurang dari 1 tahun	13	27 %
1 Tahun	12	24 %
2 Tahun	13	27 %
3 Tahun	2	4 %

4 Tahun	4	8 %
5 Tahun	2	4 %
6 Tahun	2	4 %
11 Tahun	1	2 %
Total	49	100 %

Tabel 6
Tabel Deskripsi Subjek Berdasarkan Penyebab Terinfeksi

Penyebab	**Jumlah**	**Persentase**
Seks	48	98 %
Jarum Suntik	1	2 %
Total	49	100 %

Tabel 7
Tabel Deskripsi Subjek Berdasarkan Tinggal Bersama Responden

Tinggal Bersama	**Jumlah**	**Persentase**
Orang Tua	16	33 %
Pasangan	31	63 %
Anak	2	4 %
Total	49	100 %

Hasil Pengujian Hipotesis

Hasil dari uji asumsi terhadap penelitian ini didapatkan hasil normalitas dan linieritas terhadap kedua variabel. Kedua variabel menunjukan bahwa sebaran data terdistribusi secara tidak normal akan tetapi menunjukan linieritas antar kedua variabel.

Tabel 8
Hasil Uji Normalitas

Variabel	**P**	**Keterangan**
Dukungan Keluarga	0,010	Tidak Normal
Depresi	0,200	Normal

Tabel 9
Hasil Uji Linearitas

Variabel	Koefisien	Signifikansi	Keterangan

	Linieritas (F)	(P)	
Dukungan Keluarga Depresi	16,862	0,000	Linier

Hipotesis dalam penelitian ini adalah adanya hubungan yang negatif antara dukungan keluarga dan depresi pada ODHA. Semakin tinggi dukungan keluarga yang diterima maka semakin rendah kecenderungan depresi pada ODHA dan semakin rendah dukungan keluarga yang diterima maka semakin tinggi kecenderungan depresi yang dimiliki oleh ODHA. Berikut hasil uji hipotesis dukungan keluarga dan depresi :

Tabel 10
Korelasi Dukungan Keluarga dan Depresi

Variabel	R	r^2	P	Keterangan
Dukungan Keluarga Depresi	-0,588	0,345	0,000	Sangat Signifikan

Berdasarkan hasil analisis data, didapatkan koefisien korelasi r = -0,588 dengan p = 0,000 (p<0,01), menunjukkan bahwa ada hubungan antara variabel dukungan keluarga dengan variabel depresi. Semakin tinggi dukungan keluarga yang diperoleh ODHA, maka semakin rendah depresi pada ODHA. Sebaliknya, semakin rendah dukungan keluarga yang diperoleh ODHA, maka semakin tinggi depresi pada pasien ODHA. Dengan demikian, hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini diterima.

Selanjutnya, peneliti melakukan kategorisasi dukungan keluarga dan depresi sebagai berikut:

Tabel 11
Persentil untuk Kategorisasi Dukungan Keluarga

Kategorisasi	Persentil	Frekuensi	Presentase

Sangat Rendah	X < 54	8	16 %
Rendah	54 ≤ X < 56	11	23 %
Sedang	56 ≤ X < 60	9	18 %
Tinggi	60 ≤ X < 65	8	16 %
Sangat Tinggi	X ≥ 65	13	27 %
Total		49	100%

Tabel 12
Kategori Subjek Depresi

Kategorisasi	Total Nilai	Frekuensi	Presentase
Normal	0-13	17	35 %
Depresi Ringan	14-19	23	47 %
Depresi Sedang	20-28	9	18 %
Depresi Berat	29-63	0	0 %
Total		49	100 %

Analisis Tambahan

Uji analisis tambahan dilakukan untuk mengetahui lebih dalam mengenai aspek dukungan keluarga mana yang paling berpengaruh terhadap depresi pada ODHA. Komponen dukungan sosial dilihat berdasarkan sumber spesifiknya, diantaranya dukungan konkrit, dukungan emosional, dukungan informatif, dan dukungan penghargaan. Berikut tabel hasil uji regresi :

Tabel 13
Hasil Uji Regresi

Komponen Dukungan keluarga	R	r^2	P	Ket
Dukungan Konkrit	0,600	0,360	0,000	Signifikan
Dukungan Emosional	0,355	0,126	0,012	Signifikan
Dukungan Informatif	0,448	0,200	0,001	Signifikan
Dukungan Penghargaan	0,516	0,267	0,000	Signifikan

Berdasarkan hasil uji regresi tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa dari keempat aspek dukungan keluarga yang paling berpengaruh terhadap tidak terjadinya depresi pada ODHA adalah dukungan konkrit yaitu sebanyak 36%.

Pembahasan

Tujuan dari dilakukannya penelitian ini adalah untuk menguji hipotesis apakah ada hubungan antara dukungan keluarga dan depresi pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kabupaten Kebumen. Berdasarkan hasil uji normalitas yang dilakukan pada variabel dukungan keluarga menunjukan nilai p = 0,010 (p<0.05). Hasil dari variabel depresi menunjukan nilai p = 0.200 (p>0.05). Hasil tersebut menunjukan data antara dukungan keluarga dan depresi terdistribusi dengan tidak normal. Uji linieritas yang telah dilakukan pada kedua variabel ini menunjukan nilai koefisien 16,862 dengan nilai p = 0,000 (p<0.05), sehingga dapat dikatakan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dan depresi karena hasil yang diperoleh mengikuti garis linier. Berdasarkan hasil uji normalitas yang menunjukan persebaran data tidak normal dan uji linieritas yang menunjukan data linier, maka data dalam penelitian ini dianalisis dengan menggunakan teknik *product moment* dari *Spearman.*

Berdasarkan analisis statistik yang telah dilakukan peneliti dengan menggunakan teknik *product moment* dari *Spearman* menunjukkan bahwa besarnya koefisien korelasi dukungan keluarga (*family support)* dengan depresi pada ODHA adalah sebesar r = -0,588 dengan p = 0.000 (p < 0.01), hal ini mengartikan bahwa ada hubungan yang sangat signifikan antara dukungan keluarga (*family support)* dengan depresi pada ODHA. Nilai r sebesar -0,588 menunjukkan adanya korelasi negatif antara kedua variabel tersebut. Berdasarkan hal tersebut, hipotesis yang diajukan peneliti terbukti dan diterima. Hubungan antara kedua variabel ini menunjukkan bahwa semakin tinggi dukungan keluarga

yang diperoleh maka semakin rendah kecenderungan depresi pada ODHA. Sebaliknya, semakin rendah dukungan sosial yang diperoleh maka semakin tinggi kecenderungan depresi pada ODHA.

Pada penelitian ini, depresi merupakan suatu kondisi dimana seseorang begitu tertekan, hidup tidak berarti dan tidak mempunyai harapan (Beck, 1985). Selain itu, menurut Smith (Retnowati & Munawarah, 2009) depresi merupakan jenis gangguan mental yang umum terjadi di masyarakat dan dapat menyerang semua golongan umur, baik anak-anak, remaja, dewasa hingga usia lanjut. Thompson (2006) mendefinisikan dukungan keluarga adalah suatu kewajiban untuk membantu anggota keluarga yang mengalami suatu masalah yang bersifat sukarela dan sosial.

Subjek pada penelitian ini dapat dikatakan bahwa memiliki dukungan keluarga yang cukup baik. Hasil kategorisasi subjek menunjukan bahwa dari total 49 subjek didapatkan 13 subjek (27%) yang masuk ke dalam kategori sangat tinggi. Pada kategori tinggi terdapat 8 subjek (16%). Pada kategori sedang ada 9 subjek (18%). Sedangkan pada kategori rendah terdapat 11 subjek (23%) dan pada kategori sangat rendah terdapat 8 subjek (16%). Hal ini sejalan dengan penelitian pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Klinik VCT RSU Bethesda GMIM Tomohon yang dilakukan oleh Simboh, Bidjuni & Lolong (2015) yang menunjukan bahwa dari 67 responden, terdapat 52 (77,6%) responden dengan dukungan keluarga berada pada kategori tinggi. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Pratama & Sulistyarini (2012) pada ODHA di Yogyakarta menunjukan bahwa dari 50 responden, 74% responden dengan dukungan keluarga

berada dalam kategori sedang. Berdasarkan hal tersebut, dapat dilihat bahwa dukungan keluarga yang diterima subjek cukup baik, dimana dukungan keluarga tersebut membantu subjek mengurangi tekanan psikologis yang dapat menyebabkan ODHA depresi.

Hasil penelitian ini selaras dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Pratama & Sulistyarini (2012) dengan judul "Dukungan Keluarga dan Depresi pada Penderita HIV/AIDS di Yogyakarta", mengungkapkan bahwa dukungan keluarga yang diterima subjek berdampak positif terhadap aspek kesehatan, psikologis, sosial dan pekerjaan. Hasil analisis pada penelitian tersebut bahwa terdapat korelasi negatif dan signifikan antara dukungan keluarga dengan depresi. Penelitian serupa yang dilakukan oleh peneliti Saraha, Kanine & Wowiling (2013) mengenai dukungan keluarga dan depresi dengan judul "Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik di Ruangan Hemodialisa BLU RSUP Prof. Dr. RD. Kandou Manado" menunjukan hasil bahwa terdapat korelasi negatif yang signifikan antara dukungan keluarga dan depresi. Artinya, apabila dukungan keluarga tinggi, maka kecenderungan depresi akan rendah, begitu pula sebaliknya.

Berdasarkan uji korelasi diketahui bahwa nilai *r square* sebesar 0,345. Hal tersebut menunjukan bahwa variabel bebas memiliki sumbangsih sebesar 34,5% terhadap variabel tergantung sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel dukungan keluarga dapat menjadi prediktor pada variabel depresi. Hal ini dapat diartikan bahwa dukungan keluarga dapat menjadi salah satu pilihan dalam upaya

untuk mengurangi depresi pada ODHA. Sisanya yaitu 65,5% dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang berasal dari luar variabel yang diteliti pada penelitian ini.

Uji analisis tambahan yang dilakukan oleh peneliti menggunakan uji regresi membuktikan bahwa masing-masing aspek dukungan keluarga memiliki perannya tersendiri terhadap tidak terjadinya depresi pada ODHA. Hal ini terlihat dari nilai *R squared* pada aspek dukungan konkrit yang memiliki pengaruh tertinggi yaitu sebesar 0,360. Artinya, aspek dukungan konkrit memberikan sumbangan efektif sebesar 36% terhadap variabel depresi. Menurut Cutrona (Prihatsanti, 2014) dukungan konkrit berkaitan dengan tindakan langsung pada kebutuhan sehari-hari, misalnya kesehatan penderita HIV dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, serta terhindarnya penderita dari kelelahan. Dukungan tersebut dapat diberikan sehari-hari oleh anggota keluarga, sehingga dukungan ini mudah diaplikasikan atau diterapkan anggota keluarga yang tinggal bersama dalam satu rumah dengan ODHA.

Aspek lain dari dukungan keluarga yang memiliki pengaruh tinggi terhadap depresi yaitu dukungan penghargaan sebesar 26,7% terhadap tidak terjadinya depresi. Menurut Prihatsanti (2014), dukungan penghargaan dapat berbentuk rasa dipercaya, penerimaan pada subjek dan perhatian terhadap subjek, hal ini bertujuan memotivasi subjek untuk melakukan pengobatan dan menjalankan aktivitas sehari-hari. Selain itu dukungan penghargaan merupakan bentuk dukungan yang sederhana karena dukungan ini dapat diberikan pada subjek dalam bentuk verbal yang dapat memotivasi penderita HIV menjadi lebih baik.

Secara keseluruhan, penelitian ini tidak terlepas dari kelemahan-kelemahan. Adapun kelemahan dalam penelitian ini yaitu tidak semua pasien yang datang bersedia untuk mengisi angket atau kuisioner, sehingga diperlukan waktu yang cukup lama untuk pengambilan data. Selain itu, minimnya jumlah subjek yang digunakan dalam penelitian ini membuat hasil yang diperoleh tidak dapat digeneralisasikan. Kelemahan dalam penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan bagi peneliti yang akan melakukan penelitian dengan topik yang sama agar penelitian yang dilakukan menjadi lebih baik.

Kesimpulan

Hasil penelitian dan analisa data yang dilakukan, dapat ditarik kesimpulan bahwa ada hubungan negatif dan signifikan antara dukungan keluarga dan depresi dimana semakin tinggi dukungan keluarga yang diterima oleh ODHA maka kecenderungan depresi yang dimiliki ODHA akan semakin rendah. Sebaliknya, semakin rendah dukungan keluarga yang diterima oleh ODHA maka kecenderungan depresi yang dimiliki akan semakin tinggi.

Saran

Penelitian ini telah dilakukan dengan semaksimal mungkin, namun peneliti menyadari masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu, peneliti memberikan saran sebagai berikut:

a. Bagi Subjek Penelitian

Bagi subjek penelitian diharapkan untuk terus menjalin hubungan dengan keluarga secara baik dikarenakan dalam penelitian ini membuktikan

bahwa dukungan yang berasal dari keluarga mempengaruhi kecenderungan depresi yang dimiliki oleh ODHA.

b. Bagi Keluarga

Keluarga hendaknya senantiasa memberikan perasaan yang nyaman, tidak mendiskriminasi dan mendukung ODHA untuk bisa mandiri serta tetap melakukan pengawasan agar ODHA tidak melakukan perilaku yang negatif. Selain itu, keluarga sebaiknya mampu mengenali masalah yang dialami ODHA, sehingga dapat membantu ODHA dalam mengatasi masalah dengan memberikan dukungan konkrit, dukungan emosional, dukungan informatif dan dukungan penghargaan.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya, diharapkan dapat menggali lebih dalam mengenai faktor lain yang dapat mempengaruhi depresi pada ODHA, misalnya dari dukungan teman sebaya, dukungan pasangan, tenaga profesional serta keadaan finansial sehingga dapat diketahui faktor yang mempengaruhi tingkat depresi pada ODHA selain dari dukungan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

Bisnu, M. Isra., Billy J. Kepel & Mulyadi.2017. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Derajat Hipertensi pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Ranomuut Kota Manado. *e-Journal Keperawatan,* 5 (1)

Beck, A. T. 1985. *Depression causes treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania

Burn, R. B. (1998). *Teori, pengukuran, perkembangan, dan perilaku*. Alih bahasa oleh Eddy. Jakarta: Arcan

Clarke RT., RC Gibson., G Barrow., WD Abel & EN Barton. 2010. Depression among Persons Attending a HIV/AIDS Outpatient Clinic in Kingston, Jamaica. *West Indian Med J 2010*, 59 (4): 369

Depkes RI. 2009. *Sistem Kesehatan Nasional.* Jakarta

Infodatin; Pusat data dan informasi kementerian kesehatan RI. 2014. Jakarta Selatan (diakses 8 april 2017)

Komisi Penanggulangan AIDS. 2017. Info HIV dan AIDS. http://www.aidsindonesia.or.id/contents/37/78/Info-HIV-dan-AIDS#sthash.e5NOlvRp.dpbs

KPA. http://kpa.kebumenkab.go.id/?page_id=34 (diakses 8 April 2017)

Mardiyah, Inayah. 2011. Pengaruh Religiusitas dan Family Support terhadap Happiness pada Lansia. Naskah Publikasi : Skripsi UIN

Pratama, P. A. & Sulistyarini, I. 2012. Dukungan Keluarga dan Depresi pada HIV/AIDS di Yogyakarta. *Psikologika*, 12 (2), 29-37

Purba, M. B., Rahayu, E. S. & Sinorita, H.2010. Dukungan keluarga dan jadwal makan sebelum edukasi berhubungan dengan kepatuhan jadwal makan pasien diabetesmelitus (DM) tipe 2 rawat jalan yang mendapat konseling gizi di RSUD Kota Yogyakarta. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia,* 7(2), 74-79

Retnowati, S. & Munawarah, S.M., 2009. *Hardiness,* Harga Diri, Dukungan Sosial dan Depresi pada Remaja Penyintas Bencana di Yogyakarta. *Humanitas,* 6 (2), 105-122

Saputri, M. A. & Indrawati, E. S. 2011. Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan Depresi pada Lanjut Usia yang Tinggal di Panti Wreda Wening Wardoyo Jawa Tengah. *Jurnal Psikologi Undip*, 9(1), 65-72

Saraha, S., M., Kanine, E., & Wowiling, F. 2013 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik di Ruangan Hemodialisa BLU RSUP Prof. Dr. RD. Kandou Manado. *eJournal Keperawatan*, 1 (1), 1-6

Simboh, F.K., Bidjuni, H., & Lolong, J. 2015. Hubungan Dukungan Keluarga bagi Kualitas Hidup Orang dengan HIV/AIDS di Klinik VCT RSU Bethesda GMIM Tomohon. *eJournal Keperawatan*, 3 (2), 1-6

Suara Merdeka. 2017. Kasus HIV di Kebumen Tertinggi. http://www.suaramerdeka.com/smcetak/detail/12504/Kasus-HIV-di-Kebumen-Tertinggi (1 November 2017)

Thompson, Neil. 2006. *Family support as reflective practice*. London and Philadelphia : Jessica Kingsley Publisher

Utami, R. S. & Raudatussalamah. 2016. Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Kepatuhan Berobat Penderita Hipertensi di Puskesmas Tualang. *Jurnal psikologi*, 12(1), 91-98

Widyarsono, Selvia. 2013. *Hubungan Antara Depresi dengan Kualitas Hidup Aspek Sosial pada Orang dengn HIV/AIDS*. Skripsi: UPI (http://repository.upi.edu/3220/)

WHO. http://www.who.int/gho/hiv/en/ (diakses 5 April 2017)

Yaunin, Y., Afriant, R. & Hidayat, N. M. 2014. Kejadian Gangguan Depresi pada Penderita HIV/AIDS yang Mengunjungi Poli VCT RSUP Dr. M. Djamil Padang Periode Januari - September 2013. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 3(2)