

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)

1. Pengertian ODHA

ODHA adalah singkatan dari Orang Dengan HIV/AIDS, sebagai pengganti istilah penderita yang mengarah pada pengertian bahwa orang tersebut sudah secara positif didiagnosa terinfeksi HIV/AIDS. Di Indonesia, istilah ODHA telah disepakati sebagai istilah untuk mengartikan orang yang terinfeksi positif mengidap HIV/AIDS (Nurbani, 2013).

2. Pengertian HIV/AIDS

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan virus yang dapat menyebabkan AIDS dengan cara menyerang sel darah putih yang bernama sel CD4 (*Cluster of Differentiation 4*) sehingga dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia. Virus ini termasuk RNA virus genus *Lentivirus* golongan Retrovirus famili Retroviridae. Spesies HIV-1 dan HIV-2 merupakan penyebab infeksi HIV pada manusia (Soedarto, 2009). Semakin lama jumlah virus semakin banyak sehingga sistem kekebalan tubuh tidak lagi mampu melawan penyakit yang masuk. Virus HIV menyerang sel CD4 (*Cluster of Differentiation 4*) dan merubahnya menjadi tempat berkembang biak virus HIV baru kemudian merusaknya sehingga tidak dapat digunakan lagi. Replikasi virus yang terus menerus mengakibatkan semakin berat kerusakan sistem kekebalan tubuh dan semakin rentan terhadap infeksi oportunistik (IO) sehingga akan berakhir dengan kematian (Novianti dkk, 2014).

AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) atau kumpulan berbagai gejala penyakit akibat turunnya kekebalan tubuh individu akibat HIV. Ketika individu sudah tidak lagi memiliki sistem kekebalan tubuh maka semua penyakit dapat dengan mudah masuk ke dalam tubuh. Karena sistem kekebalan tubuhnya menjadi sangat lemah, penyakit yang tadinya tidak berbahaya akan menjadi sangat berbahaya (Hasdianah dkk, 2014). Menurut WHO 2014, AIDS merupakan tahap akhir dari infeksi HIV, dimana perjalanan HIV akan berlanjut menjadi AIDS membutuhkan waktu sekitar 10 sampai 15 tahun (Novianti dkk, 2014).

3. Etiologi

AIDS disebabkan oleh HIV, suatu retro-virus pada manusia yang termasuk dalam keluarga lentivirus (termasuk prila virus imunodefisiensi pada kucing, virus imunodefisiensi pada kera, visna virus pada domba, dan virus anemia infeksiosa pada kuda). Dua bentuk HIV yang berbeda secara genetik, tetapi berhubungan secara antigen, yaitu HIV-1 dan HIV-2. HIV-1 merupakan tipe yang lebih sering dihubungkan dengan AIDS di Amerika Serikat, Eropa, dan Afrika Tengah, sedangkan HIV-2 menyebabkan penyakit yang serupa, terutama di Afrika Barat (Robbins, 2007).

HIV yang dahulu disebut virus limfotropik sel T manusia tipe III (HTLV-III) atau virus limfadenopati (LAV), adalah suatu retrovirus manusia sitopatik dari famili lentivirus. Retrovirus mengubah asam ribonukleatnya (RNA) menjadi deoksiribonukleat (DNA) setelah masuk ke dalam sel penjamu. HIV-1 dan HIV-2 adalah lentivirus sitopatik, dengan HIV-1 menjadi penyebab utama AIDS di seluruh dunia. Genom HIV mengode sembilan protein yang esensial untuk setiap aspek siklus hidup virus. Dari segi struktur genomik, virus-virus memiliki

perbedaan yaitu bahwa protein HIV-1, Vpu yang membantu pelepasan virus, tampaknya diganti oleh protein Vpx pada HIV-2. Vpx meningkatkan infektivitas (daya tular) dan mungkin merupakan duplikasi dari protein lain Vpr. Vpr diperkirakan meningkatkan transkripsi virus. HIV-2 menyebabkan penyakit klinis tetapi tampaknya kurang patogenik dibandingkan dengan HIV-1 (Price and Wilson, 2005).

Keduanya merupakan retrovirus yang menyerang sel limfosit T CD4 (*Cluster of Differentiaton 4*) yang memiliki reseptor dengan afinitas yang tinggi untuk HIV. Hasil dari perubahan ini akan diintegrasikan ke dalam informasi genetik sel limfosit yang diserang kemudian memanfaatkan mekanisme sel limfosit untuk menggandakan dirinya menjadi virus baru yang memiliki ciri seperti HIV. Sistem kekebalan tubuh manusia yang diserang adalah limfosit T helper yang memiliki reseptor CD4 (*Cluster of Differentiaton 4*). Virus ini mempunyai afinitas terhadap molekul yang ada di permukaan CD4 (*Cluster of Differentiaton 4*). Limfosit CD4+ (*Cluster of Differentiaton 4*) adalah sebagai koordinator dari fungsi imunologis manusia sehingga kehilangan fungsi tersebut dapat menyebabkan gangguan respon imun yang progresif (Sudoyo dkk, 2009).

4. Perjalanan penyakit HIV/AIDS

Perjalanan penyakit HIV/AIDS dibagi dalam tahap - tahap berdasarkan keadaan klinis dan jumlah CD4 (*Cluster of Differentiaton*). Menurut WHO (2006) tahapan infeksi HIV/AIDS terbagi menjadi 4 stadium klinis :

a. Stadium klinis I

Infeksi dimulai dengan masuknya HIV dan diikuti terjadinya perubahan serologi ketika antibodi terhadap virus tersebut berubah dari negatif menjadi

positif. Rentang waktu sejak HIV masuk ke dalam tubuh sampai tes antibodi terhadap HIV menjadi positif disebut dengan istilah window period. Lama window period antara satu sampai tiga bulan, bahkan ada yang dapat berlangsung sampai enam bulan. Keluhan yang sering muncul pada stadium ini seperti sakit flu biasa dan bila diberi obat akan berkurang atau sembuh, kadang terdapat *Limfadenopati Generalisata Persisten (LGP)* yakni pembesaran kelenjar getah bening di beberapa tempat yang menetap. Pada stadium I ini, Hasil tes negatif, namun orang yang sudah terinfeksi ini sudah dapat menularkan pada orang lain. serta CD4-nya 500 – 1000.

b. Stadium klinis II

Waktunya antara 3 bulan s/d 5-10 tahun. Stadium ini bersifat asimtomatik berarti bahwa di dalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh tidak menunjukkan gejala-gejala. Cairan tubuh pasien HIV/AIDS yang tampak sehat ini sudah dapat menularkan HIV kepada orang lain. Hasil tes positif serta CD4-nya 500 – 750.

c. Stadium klinis III (pra AIDS)

Pada Stadium ini sudah tampak gejala tetapi masih umum seperti penyakit lainnya. Pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (*Persisten Generalized Lymphadenopathy*), tidak hanya muncul pada satu tempat saja, dan berlangsung lebih satu bulan. Keluhan yang sering muncul seperti sariawan, kandidiasis mulut persisten, selera makan hilang, demam berkepanjangan > 1 bulan, diare kronis > 1 bulan, kehilangan BB > 10%, timbul bercak-bercak merah di bawah kulit, TB paru, anemia yang tidak diketahui sebabnya, trombositopenia, limfositopenia, pneumobakterial serta CD4-nya 100 – 500.

d. Stadium klinis IV (AIDS)

Pada Stadium IV ini, penderita tampak sangat lemah sekali. Keadaan ini disertai adanya bermacam-macam penyakit, antara lain penyakit konstitusional, penyakit saraf, dan penyakit infeksi sekunder. Daya tahan tubuh menjadi menurun serta muncul beberapa penyakit yang sangat fatal seperti pneumonia bacterial berulang, herpes simpleks kronis, toksoplasmosis otak, cito megalo virus, mikobakteriosis, tuberkolosis luar paru, ensefalopati HIV, timbul tumor atau kanker (limfoma dan sarkoma kaposi) (Nursalam and Kurniawati, 2007).

5. Cara penularan

Menurut (Nursalam and Kurniawati, 2007), Virus HIV menular melalui enam cara penularan, yaitu:

- a. Hubungan seksual dengan pengidap HIV/AIDS
- b. Ibu pada bayinya.
- c. Darah dan produk darah yang tercemar HIV/AIDS.
- d. Pemakaian alat kesehatan yang tidak steril.
- e. Alat-alat untuk menoreh kulit seperti alat tajam dan runcing yang meliputi pisau, silet, maupun jarum. Menggunakan jarum suntik secara bergantian, jarum suntik yang dipakai di fasilitas kesehatan, maupun yang digunakan oleh para pengguna narkoba (*Injecting Drug User (IDU)*) sangat berpotensi menularkan HIV. Selain jarum suntik, pada para pemakai IDU secara bersama-sama juga menggunakan tempat pencampur, pengaduk, dan gelas pengoplosan obat, sehingga berpotensi tinggi menularkan HIV.

HIV tidak menular melalui peralatan makan, handuk, pakaian, toilet, sapu tangan yang dipakai secara bersama-sama, berjabat tangan, hidup serumah dengan

penderita HIV/AIDS, berpelukan dipipi, gigitan nyamuk, maupun berhubungan sosial dengan penderita HIV/AIDS.

6. Respon psikologis pada ODHA

Menurut (Nursalam and Kurniawati, 2007) pengalaman mengalami suatu penyakit salah satunya penyakit kronis seperti HIV/AIDS akan mengakibatkan berbagai perasaan dan reaksi stres, kecemasan, frustrasi, penyangkalan, kemarahan, berduka, rasa malu, dan ketidakpastian dengan adaptasi terhadap penyakit HIV/AIDS. Adapun tahapan respon psikologis orang dengan HIV/AIDS menurut Grame Stewart, 1997 dalam buku Nursalam (2007) adalah seperti yang dapat dilihat dalam tabel 1.

Tabel 1
Reaksi Psikologi Orang Dengan HIV/AIDS

Reaksi	Proses Psikologis	Hal- hal yang Biasa Dijumpai
1	2	3
Shock (kaget, goncangan batin)	Merasa bersalah, marah, tidak berdaya	Rasa takut, hilang akal, frustrasi, rasa sedih, susah, acting out
Mengucilkan diri	Merasa cacat dan tidak berguna, menutup diri	Khawatir menginfeksi orang lain, murung
Membuka status secara terbatas	Ingin tahu reaksi orang lain, pengalihan stres, ingin dicintai	Penolakan, stres, konfrontasi
Mencari orang lain yang HIV positif	Berbagi rasa, pengenalan, kepercayaan, penguatan, dukungan social	Ketergantungan, campur tangan, tidak percaya pada pemegang rahasia dirinya

1	2	3
Status khusus	Perubahan keterasingan menjadi manfaat khusus, perbedaan menjadi hal yang istimewa, dibutuhkan oleh yang lainnya	Ketergantungan, dikotomi kita dan mereka (sema orang dilihat sebagai terinfeksi HIV dan direspon seperti itu), over identification
Perilaku mementingkan orang lain	Komitmen dan kesatuan kelompok, kepuasan memberi dan berbagi, perasaan sebagai kelompok	Pemadaman, reaksi dan kompensasi yang berlebihan
Penerimaan	Integrasi status positif HIV dengan identitas diri, keseimbangan antara kepentingan orang lain dengan diri sendiri, bisa menyebutkan kondisi seseorang	Apatis, sulit berubah

Sumber : (Nursalam dan Kuriawati. Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS. 2007)

7. Masalah yang dialami ODHA

Menurut Nurbani (2013) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa permasalahan yang dialami oleh ODHA meliputi permasalahan psikologis, permasalahan sosial, maupun permasalahan biologis.

a. Permasalahan Psikologis

Permasalahan psikologis yang timbul seperti depresi, ansietas, gangguan kognitif, gangguan psikosis, hingga gangguan kepribadian, merasa dirinya tidak berguna, takut, sedih, tidak ada harapan, dan merasa putus asa.

b. Permasalahan Sosial

Permasalahan sosial yang sering timbul pada ODHA adalah seperti bentuk diskriminasi, stigmatisasi, perceraian, pemberhentian dari pekerjaan, beban finansial yang harus ditanggung oleh ODHA serta dijauhi oleh kerabat dekat.

c. Permasalahan Biologis

Permasalahan Biologis yang dialami ODHA adalah berupa infeksi oportunistik gejala simptomatik yang berhubungan dengan AIDS, efek samping dari obat ARV, serta sindrom pemulihan kekebalan tubuh.

B. Depresi

1. Pengertian depresi

Depresi merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan trias depresi yaitu kesedihan berkepanjangan, motivasi menurun, dan kurang tenaga untuk melakukan kegiatan sehari-hari (Keliat, dkk 2011). Menurut WHO, depresi juga merupakan gangguan mental yang ditandai dengan munculnya gejala penurunan mood, kehilangan minat terhadap sesuatu, perasaan bersalah, gangguan tidur atau nafsu makan, kehilangan energi, dan penurunan konsentrasi (Public and Concern, 2012). Depresi dapat diartikan sebagai salah satu bentuk gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan sedih yang berlebihan, murung, tidak bersemangat, perasaan tidak berharga, merasa kosong, putus harapan, selalu merasa dirinya gagal, tidak berminat pada ADL sampai ada ide bunuh diri (Yosep, 2014).

Dr.Jonatan Trisna (dalam N. L. Lubis, 2016) menyimpulkan bahwa depresi merupakan suatu perasaan sendu atau sedih yang biasanya disertai dengan diperlambatnya gerak dan fungsi tubuh. Mulai dari perasaan murung sedikit sampai pada keadaan tak berdaya. Depresi merupakan gangguan perasaan (afek)

yang ditandai dengan afek disforik (kehilangan kegembiraan/gairah) disertai dengan gejala-gejala lain, seperti gangguan tidur dan menurunnya selera makan.

2. Faktor Risiko Depresi

Menurut Lubis (2016) secara sederhana digambarkan bahwa ada beberapa faktor risiko depresi sebagai berikut:

a. Faktor Fisiologis

1) Faktor Genetik

Adanya riwayat keturunan penderita depresi berat di dalam keluarga akan memperbesar risiko seseorang menderita gangguan depresi.

2) Susunan Kimia Otak dan Tubuh

Ketidakseimbangan bahan kimia di otak dan tubuh dapat mengendalikan emosi kita. Pada pasien depresi ditemukan adanya perubahan kadar neurotransmitter di otaknya. Perubahan bahan kimia sering kali disebabkan oleh kebiasaan mengonsumsi alcohol, obat-obatan dan merokok.

3) Faktor Usia

Berbagai penelitian mengungkapkan bahwa golongan usia muda yaitu remaja dan orang dewasa lebih banyak terkena depresi. Namun sekarang ini usia rata-rata penderita depresi semakin menurun yang menunjukkan bahwa remaja dan anak-anak semakin banyak terkena depresi.

4) Jenis Kelamin

Wanita dua kali lebih sering terdiagnosis menderita depresi daripada pria. Bukan berarti wanita lebih mudah terserang depresi karena wanita sering mengaku adanya depresi daripada pria dan dokter lebih dapat mengenali depresi pada wanita.

5) Gaya Hidup

Gaya hidup yang tidak sehat dapat juga mengakibatkan depresi. Tubuh yang tidak sehat biasanya dipengaruhi oleh faktor makan yang tidak baik, tubuh kurang tidur, kurang olahraga dan kurang nutrisi dapat mengakibatkan depresi. Gaya hidup yang tidak sehat juga dapat memicu timbulnya penyakit seperti diabetes melitus yang mengakibatkan depresi.

6) Obat-obatan terlarang

Sistem saraf di otak akan dipengaruhi fungsinya ketika mengonsumsi obat-obatan terlarang dan menimbulkan ketergantungan.

7) Kurangnya cahaya matahari

Penderita seasonal affective disorder akan merasa lebih baik saat tubuhnya terkena cahaya matahari. Ketika berada dibawah sinar matahari seketika mereka merasa nyaman. Namun saat musim dingin tiba mereka merasa depresi.

b. Faktor Psikologis

Faktor psikologis yang dapat memicu seseorang terkena depresi meliputi:

1) Kepribadian

Aspek kepribadian sangat mempengaruhi derajat depresi yang dialami. Konsep diri, pola pikir, penyesuaian diri dan kepribadian semua hal tersebut mempengaruhi derajat depresi.

2) Pola Pikir

Seseorang yang memiliki pola pikir yang cenderung negatif akan rentan terkena depresi.

3) Harga Diri

Harga diri rendah akan mempengaruhi kondisi psikologis seseorang. Ketika seseorang merasa harga dirinya rendah maka akan menjadi stress kemudian depresi.

4) Stress

Stress berat dapat mengakibatkan depresi. Reaksi stress yang berkepanjangan akan berdampak besar terhadap kondisi psikologis seseorang.

5) Lingkungan Keluarga

Seseorang yang akan mengalami depresi diakibatkan oleh kehilangan orang tua ketika masih anak-anak, kurangnya kasih sayang dari orang tua ketika masih kecil, dan penyiksaan fisik dan seksual .

6) Penyakit jangka panjang

Penyakit yang diderita dalam jangka waktu yang panjang dapat mengakibatkan depresi karena pasien akan merasa tidak nyaman, ketergantungan, ketidakamanan dan perasaan tidak berguna.

3. Ciri-ciri umum depresi

Menurut Nevid (2005) ciri-ciri umum dari depresi adalah :

a. Perubahan pada kondisi emosional

Perubahan pada kondisi mood (periode terus menerus dari perasaan terpuruk, depresi, sedih atau muram). Penuh dengan air mata atau menangis serta meningkatnya iritabilitas (mudah tersinggung), kegelisahan atau kehilangan kesadaran.

b. Perubahan dalam motivasi

Perasaan tidak termotivasi atau memiliki kesulitan untuk memulai (kegiatan) di pagi hari atau bahkan sulit bangun dari tempat tidur. Menurunnya tingkat partisipasi sosial atau minat pada aktivitas sosial. Kehilangan kenikmatan atau minat dalam aktivitas yang menyenangkan. Menurunnya minat pada seks serta gagal untuk berespon pada pujian atau reward.

c. Perubahan dalam fungsi dan perilaku motorik

Gejala-gejala motorik yang dominan dan penting dalam depresi adalah retardasi motor yakni tingkah laku motorik yang berkurang atau lambat, bergerak atau berbicara dengan lebih perlahan dari biasanya. Perubahan dalam kebiasaan tidur (tidur terlalu banyak atau terlalu sedikit, bangun lebih awal dari biasanya dan merasa kesulitan untuk tidur kembali). Perubahan dalam selera makan (makan terlalu banyak atau terlalu sedikit). Perubahan dalam berat badan (bertambah atau kehilangan berat badan). Beraktivitas kurang efektif atau energik dari pada biasanya, orang-orang yang menderita depresi sering duduk dengan sikap yang terkulai dan tatapan yang kosong tanpa ekspresi.

d. Perubahan kognitif

Kesulitan berkonsentrasi atau berpikir jernih. Berpikir negatif mengenai diri sendiri dan masa depan. Perasaan bersalah atau menyesal mengenai kesalahan dimasa lalu. Kurangnya self-esteem atau merasa tidak adekuat. Berpikir kematian atau bunuh diri.

4. Alat ukur depresi

Beck Depression Inventory (BDI) merupakan instrumen untuk mengukur derajat depresi dari Dr. Aaron T. Beck. Skala *BDI* telah dibuktikan memiliki

validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran depresi. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran depresi dengan menggunakan skala *BDI* akan diperoleh hasil yang valid dan reliable. Pada tahun 1996 *BDI* direvisi dengan tujuan untuk menjadi lebih konsisten dengan kriteria DSM-IV. Beck *et al* (1996) memberi nama hasil revisi tersebut dengan *BDI-II*. Alat ukur ini dibuat untuk digunakan pada individu usia 13 tahun keatas. Contoh perevisian *BDI-II* antara lain adalah subyek penelitian diminta untuk merespon setiap pernyataan berdasarkan periode waktu dua minggu bukan satu minggu seperti jangka waktu dalam *BDI*. Alasan perevisian ini adalah agar sesuai dengan kriteria depresi pada DSM-IV yang menunjukkan bahwa untuk mendiagnosis depresi, sedikitnya gejala depresi telah ada selama 2 minggu berturut-turut (*American Psychology Association, 2000*).

Pada *BDI* subyek penelitian diminta untuk merespon pertanyaan berdasarkan perasaannya selama satu minggu terakhir, maka pada *BDI-II* subyek penelitian diminta untuk merespon pertanyaan berdasarkan perasaannya selama dua minggu terakhir. *BDI-II* terdiri dari 21 item untuk menaksir intensitas depresi pada orang yang sehat maupun sakit secara fisik. Setiap item terdiri dari empat pernyataan yang mengindikasikan gejala depresi tertentu. Gejala-gejala tersebut yaitu mengenai kesedihan, pesimisme, kegagalan masa lalu, kehilangan kesenangan, perasaan bersalah, perasaan hukuman, tidak menyukai diri, kegawatan diri, pikiran atau keinginan untuk bunuh diri, menangis, agitasi, kehilangan minat, keraguan, tidak berharga, kehilangan energi, perubahan pola tidur, lekas marah, perubahan nafsu makan, kesulitan konsentrasi, kelelahan dan kehilangan ketertarikan untuk melakukan hubungan seks (Tresniasari dkk, 2015).

Tabel 2
Kisi-Kisi Item Tes BDI-II

No	Komponen Objek Sikap	No. Item	Jumlah
1	2	3	4
1.	Manifestasi emosional: kesedihan ketidakpuasan, perasaan bersalah, tidak menyukai diri sendiri, menangis dan lekas marah.	1,4,5,7, 10 dan 11	6
2.	Manifestasi kognitif : perasaan akan mendapatkan hukuman, mengkritik diri sendiri, keraguan dalam mengambil keputusan, kesan citra tubuh yang dianggap buruk, dan kecemasan terhadap kesehatan	2,6,8, 13, 14 dan 20	6
3.	Manifestasi motivasional: perasaan gagal, keinginan untuk bunuh diri, menarik diri dari pergaulan, dan produktifitas kerja	3,9,12 dan 15	4
4.	Manifestasi vegetatif atau fisik: gangguan tidur, kelelahan, nafsu makan menurun, berat badan menurun dan penurunan minat terhadap seks.	16,17,18,19 ,20 dan 21	5

Sumber : (Beck, *et al.* Manual for The Beck Depression Inventory-II 1996)

Tabel 3
Skoring *Beck Depression Inventory II*

Pernyataan (Butir)	Pilihan jawaban dan skor masing-masing					
	A	B	C	D	E	F
01	0	1	2	2	3	-
02	0	1	2	2	3	-
03	0	1	2	2	3	-
04	0	1	2	2	3	-
05	0	1	2	2	3	-
06	0	1	2	3	3	-
07	0	1	2	2	3	-
08	0	1	2	3	-	-
09	0	1	2	2	3	3
10	0	1	2	3	-	-
11	0	1	2	3	-	-
12	0	1	2	3	-	-
13	0	1	2	3	-	-
14	0	1	2	3	-	-
15	0	1	2	2	3	-
16	0	1	2	3	-	-
17	0	1	2	3	-	-
18	0	1	2	3	-	-
19	0	1	2	3	-	-
20	0	1	2	3	-	-
21	0	1	2	3	-	-

Sumber : Beck, *et al.* Manual for The Beck Depression Inventory-II 1996)

Penilaian dilakukan dengan menggunakan *Beck Depression Inventory-II*, dimana setiap item terdiri dari 4-6 pernyataan yang dapat mewakili setiap manifestasi penilaian diri pasien dengan jumlah skor total BDI-II adalah 0-63. Semakin besar skor BDI-II yang diperoleh semakin besar pula tingkat depresi pasien dan begitupun sebaliknya dimana kategori skor BDI-II :

- a. Skor 0-9 menunjukkan tidak ada gejala depresi adalah normal
- b. Skor 10-15 menunjukkan adanya depresi ringan
- c. Skor 16-23 menunjukkan adanya depresi sedang
- d. Skor 24-63 menunjukkan adanya depresi berat.

(Bumberryet al, 1987)

C. Relaksasi Lima Jari

1. Pengertian relaksasi lima jari

Relaksasi lima jari merupakan salah satu bentuk self hipnosis yang dapat menimbulkan efek relaksasi yang tinggi, sehingga akan mengurangi ketegangan dan stress dari pikiran seseorang. Relaksasi lima jari mempengaruhi sistem limbik seseorang sehingga berpengaruh pada pengeluaran hormon-hormon yang dapat memacu timbulnya stress. Menurut Mahoney orang yang diberikan teknik terapi ini, akan mengalami relaksasi sehingga berpengaruh terhadap sistem tubuh dan menciptakan rasa nyaman serta perasaan tenang. Relaksasi lima jari juga dapat mempengaruhi pernafasan, denyut jantung, denyut nadi, tekanan darah, mengurangi ketegangan otot dan kordinasi tubuh, memperkuat ingatan, meningkatkan produktivitas suhu tubuh dan mengatur hormon-hormon yang berkaitan dengan stress. Manfaat relaksasi lima jari adalah dapat meningkatkan

semangat, menimbulkan kedamaian di hati dan mengurangi ketegangan (Keliat dkk, 2011).

2. Kegunaan relaksasi lima jari

Penggunaan relaksasi lima jari adalah seni komunikasi verbal yang bertujuan membawa gelombang pikiran klien menuju trance (gelombang alpha/theta). Menurut Barbara, 2010 (dalam Nugroho, 2016) teknik relaksasi ini juga dikenal dengan teknik menghipnotis diri yang bertujuan untuk pemograman diri, menghilangkan kecemasan dengan melibatkan saraf parasimpatis dan akan menurunkan peningkatan kerja jantung, pernafasan, tekanan darah, dan kelenjar keringat. Menurut Ahmadi and Sholeh (2005) yang menunjukkan bahwa pada saat melakukan teknik relaksasi ini dilakukan dengan melakukan inspirasi panjang yang nantinya akan menstimulasi secara perlahan-lahan reseptor regang paru karena inflamasi paru.

Keadaan ini mengakibatkan rangsang atau sinyal dikirimkan ke medulla yang memberikan informasi tentang peningkatan aliran darah. Informasi ini akan diteruskan ke batang otak, akibatnya saraf parasimpatis mengalami peningkatan aktifitas dan saraf simpatis mengalami penurunan aktifitas pada kemoreseptor, sehingga respon akut peningkatan tekanan darah dan inflamasi paru ini akan menurunkan frekuensi denyut jantung dan terjadi vasodilatasi pada sejumlah pembuluh darah. Dengan demikian relaksasi dapat menekan rasa tegang sehingga timbul perasaan rileks dan penghilangan.

Perasaan rileks akan diteruskan ke hipotalamus untuk menghasilkan *Corticotropin Releasing Hormone* (CRH) dan (CRH) mengaktifkan anteriorpituitary untuk mensekresi enkephalin dan endorphin yang berperan

sebagai neurotransmitter yang mempengaruhi suasana hati menjadi rileks dan senang. Di samping itu, anterior pituitary sekresi *Adrenocorticotropic hormone* (ACTH) menurun, kemudian (ACTH) mengontrol adrenal cortex untuk mengendalikan sekresi kortisol. Menurunnya kadar (ACTH) dan kortisol menyebabkan stress dan ketegangan menurun yang akhirnya dapat menurunkan tingkat kecemasan, stress dan depresi.

Sebenarnya teknik relaksasi lima jari adalah salah satu teknik relaksasi generalis dengan cara mengingat kembali pengalaman-pengalaman menyenangkan yang pernah dialaminya. Dengan teknik relaksasi lima jari, di alam bawah sadarnya seseorang digiring kembali kepada pengalaman-pengalaman yang menyenangkan sehingga timbul perasaan nyaman dan rileks, tingkat kecemasan dan masalah emosi lainnya menjadi turun.

Pada dasarnya relaksasi lima jari ini bisa juga dikatakan sebagai suatu teknik hipnosis yaitu dengan menidurkan klien (tidur hipnotik) tetapi teknik lebih efektif untuk relaksasi diri sendiri dan waktu yang dilakukan bisa kurang dari 10-15 menit (Donsu, dkk 2008).

3. Langkah-langkah relaksasi lima jari

a. Fase orientasi

- 1) Ucapkan Salam Terapeutik
- 2) Buka pembicaraan dengan topik umum
- 3) Evaluasi/validasi pertemuan sebelumnya
- 4) Jelaskan tujuan interaksi
- 5) Tetapkan kontrak topik/ waktu dan tempat

b. Fase Kerja

- 1) Ciptakan lingkungan yang nyaman
- 2) Bantu klien untuk mendapatkan posisi istirahat yang nyaman duduk atau berbaring
- 3) Latih klien untuk menyentuh keempat jari dengan ibu jari tangan
- 4) Minta klien untuk tarik nafas dalam sebanyak 2-3 kali
- 5) Minta klien untuk menutup mata agar rileks
- 6) Dengan diiringi musik (jika klien mau)/ pandu klien untuk menghipnosisi dirinya sendiri dengan arahan berikut ini:
 - a) Langkah 1 : Satukan ujung ibu jari dengan jari telunjuk, ingat kembali saat anda sehat. Anda bisa melakukan apa saja yang anda inginkan.
 - b) Langkah 2 : Satukan ujung ibu jari dengan jari tengah, ingat kembali momen-momen indah ketika anda bersama dengan orang yang anda cintai. (orang tua/suami/istri/ataupun seseorang yang dianggap penting).
 - c) Langkah 3 : Satukan ujung ibu jari dengan jari manis, ingat kembali ketika anda mendapatkan penghargaan atas usaha keras yang telah anda lakukan.
 - d) Langkah 4 : Satukan ujung ibu jari dengan jari kelingking, ingat kembali saat anda berada di suatu tempat terindah dan nyaman yang pernah anda kunjungi. Luangkan waktu anda untuk mengingat kembali saat indah dan menyenangkan
- 7) Minta klien untuk membuka mata secara perlahan. Minta klien untuk tarik nafas dalam 2-3 kali

Sumber : (Davis, dkk 2008).

c. Fase Terminasi

- 1) Evaluasi perasaan klien
- 2) Ealuasi objektif
- 3) Terapkan rencana tindak lanjut klien
- 4) Kontrak topik/ waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya
- 5) Salam penutup

Sumber : (Nugroho, 2016)

D. Pengaruh Relaksasi Lima Jari terhadap Depresi ODHA

Penelitian Hapsari (2016) menunjukkan bahwa ODHA memiliki masalah yang cukup luas meliputi masalah fisik, sosial, dan emosional. Salah satu masalah emosional terbesar yang dihadapi ODHA adalah depresi. Kasus depresi pada ODHA ini diperkirakan mempunyai frekuensi mencapai 60% dari total kasus depresi yang ada. Depresi yang berkelanjutan akan menyebabkan penurunan kondisi secara fisik dan mental. Berdasarkan hasil penelitian Rajasegaran (2015) menunjukkan bahwa kebanyakan penderita HIV/AIDS mengalami depresi yaitu sebesar 64%. Berdasarkan tingkat depresinya didapatkan tidak mengalami depresi (36%), depresi ringan (2%), depresi sedang (58%) dan depresi berat (4%).

Hasil penelitian Yaunin, dkk (2014) menunjukan dari 43 penderita HIV/AIDS sebanyak 44,2% tidak mengalami depresi dan 55,8% mengalami depresi yaitu 25,6% depresi ringan, 11,6% depresi sedang, 4,7% depresi berat, dan 14% depresi sangat berat. Depresi terbanyak ditemukan pada usia 20 - 39 tahun (83,3%). Dari hasil penelitiannya dapat disimpulkan bahwa kebanyakan penderita HIV/AIDS mengalami depresi. Berdasarkan penelitian Fahimeh Kashani yang berjudul "*The Effects Of Relaxation On Reducing Depression*,

Anxiety And Stress In Women Who Underwent Mastectomy For Breast Cancer” menunjukkan bahwa pemberian relaksasi efektif berpengaruh terhadap tingkat kecemasan, tingkat stress, dan tingkat depresi. Dari penelitian tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa teknik relaksasi bisa efektif dalam memperbaiki depresi, kecemasan dan stres. Oleh karena itu, teknik relaksasi dapat direkomendasikan sebagai salah satu program perawatan yang efektif untuk menurunkan tingkat depresi pada pasien dengan penyakit ganas, maupun penyakit kronis seperti HIV/AIDS (Kashani, 2012).

Berdasarkan penelitian Santoso Tri Nugroho yang berjudul “Pengaruh Intervensi Teknik Relaksasi Lima Jari Terhadap *Fatigue* Klien *Ca Mammae* Di RS Tugurejo Semarang” menunjukkan bahwa pemberian teknik relaksasi lima jari efektif untuk mengatasi depresi dan kualitas tidur. (Nugroho, 2016) dalam penelitiannya menunjukkan intervensi keperawatan yang terbukti efektif untuk mengatasi depresi, nyeri dan kualitas tidur sebagai gejala dan tanda yang sering dijumpai pada klien *cancer*, adalah teknik relaksasi lima jari. Hasil penelitian menunjukkan teknik relaksasi lima jari berpengaruh terhadap peningkatan kualitas tidur dan penurunan *fatigue* klien *ca mammae* ($p=0,000$).

Penelitian ini merekomendasikan perlunya penggunaan teknik relaksasi lima jari untuk mengatasi gangguan kualitas tidur dan *fatigue* sebagai gejala dan tanda yang sering dijumpai pada klien kanker. Dalam penelitiannya juga dikatakan bahwa teknik relaksasi lima jari adalah teknik relaksasi generalis dengan cara mengingat kembali pengalaman-pengalaman menyenangkan yang pernah dialaminya. Dengan teknik relaksasi lima jari, di alam bawah sadarnya seseorang digiring kembali kepada pengalaman-pengalaman yang menyenangkan

sehingga timbul perasaan nyaman dan rileks, tingkat kecemasan dan masalah emosi lainnya menjadi turun, sehingga seseorang menjadi mudah tertidur (Nugroho, 2016).

Hal tersebut senada dengan penelitian Endang Banon, Ermawati Dalami, Noorkasiani yang berjudul “Efektivitas Terapi Hipnotis Lima Jari untuk Menurunkan Tingkat Ansietas Pasien Hipertensi” dan didapatkan kesimpulan bahwa adanya penurunan tingkat ansietas dengan p-value α 0,019 antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Penurunan tingkat ansietas pada kelompok intervensi sebesar 5,16 point dan kelompok kontrol sebesar 2,13 point. Penelitian menunjukkan bahwa hipnotis lima jari dapat menurunkan ansietas pada pasien hipertensi (Banon, dkk 2014).

Adapun berdasarkan penelitian Ibnu Maulana Affandi yang berjudul “Pengaruh Terapi Relaksasi Napas Dalam dan Hypnosis Lima Jari Terhadap Tingkat Stress Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Aisyiyah Yogyakarta” didapatkan kesimpulan uji statistik parametrik menunjukkan rata-rata tingkat stress sebelum dan sesudah dilakukan terapi relaksasi napas dalam dan hypnosis lima jari mengalami penurunan dengan p-value sebesar $0,000 < 0,05$, sedangkan pada kelompok kontrol mengalami peningkatan dengan p-value sebesar $0,098 > 0,05$. Hasil uji one way anova diperoleh p-value $(0,000) < 0,05$, artinya ada perbedaan yang signifikan tingkat stress antara kelompok napas dalam dengan kelompok hypnosis lima jari, kelompok napas dalam dengan kelompok kontrol, kelompok hypnosis lima jari dengan kelompok kontrol (Affandi, 2017).

Selain itu, berdasarkan penelitian Suad M. A. Sulaiman yang berjudul “*The Effectiveness of Self Hypnosis to Overcome Insomnia: A Case Study*” juga menunjukkan bahwa teknik relaksasi lima jari merupakan teknik yang efektif untuk meningkatkan rasa aman dan percaya diri serta kenyamanan psikologis dengan mengatasi ketegangan dan stres (Sulaiman, 2014).

Hal tersebut juga selaras dengan pernyataan di dalam buku “*The Relaxation and Stress Reduction Workbook*” yang dikarang oleh (Davis, dkk 2008)