TIM PENULIS :

- Ns.Defia Roza, S.Kep, M.Biomed
- Dr.Ns.Alfitri,M.Kep,Sp. MB
- Ns.Nova Yanti, M.Kep,Sp. MB
- Drg.Thifla Rafifa Wirza, M.Biomed

ASPEK PSIKOLOGIS DAN PSIKOSOSIAL PADA PASIEN HIV/AIDS





ISBN 978-634-255-858-4 (PDF)

ASPEK PSIKOLOGIS DAN PSIKOSOSIAL PADA PASIEN HIV/AIDS

Ns.Defia Roza, S.Kep, M.Biomed
Dr.Ns.Alfitri,M.Kep,Sp. MB
Ns.Nova Yanti, M.Kep,Sp. MB
Drg.Thifla Rafifa Wirza, M.Biomed

GET PRESS INDONESIA

ASPEK PSIKOLOGIS DAN PSIKOSOSIAL PADA PASIEN HIV/AIDS

Penulis :
Ns.Defia Roza, S.Kep, M.Biomed
Dr.Ns.Alfitri,M.Kep,Sp. MB
Ns.Nova Yanti, M.Kep,Sp. MB
Drg.Thifla Rafifa Wirza, M.Biomed

ISBN : 978-634-255-858-4

Editor : Arabela Sinta, S.Si
Desain Sampul dan Tata Letak : Amisha Hartono, S.Pd.

PENERBIT : GET PRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022
Jl. Palarik RT 01 RW 06 Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tangah Padang Sumatera Barat
website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.
Cetakan Pertama, November 2026

Undang Undang Republik Indonesia Nomor 19 *Tahun 2002*
Tentang Hak Cipta

Ketentuan Pidana:
Pasal 72

1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/ atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
2. Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/ atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga buku yang berjudul **"Aspek Psikologis dan Psikososial pada Pasien HIV/AIDS"** ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ini disusun sebagai sumber pembelajaran dan referensi bagi mahasiswa keperawatan, perawat, tenaga kesehatan, maupun pembaca yang ingin memahami secara lebih komprehensif berbagai permasalahan psikososial yang dihadapi Orang dengan HIV (ODHIV), khususnya kecemasan dan dampaknya terhadap kehidupan pasien. Pembahasan dalam buku ini diawali dengan konsep dasar HIV dan permasalahan psikososial, aspek psikologis dan sosial, konsep serta faktor-faktor yang berhubungan dengan kecemasan, dampak kecemasan terhadap kehidupan pasien, hingga pengkajian dan pendekatan keperawatan. Selanjutnya, buku ini membahas berbagai penatalaksanaan kecemasan melalui pendekatan keperawatan, intervensi nonfarmakologis, dukungan psikologis, spiritualitas, konseling, dukungan sosial, serta pemanfaatan teknologi dan pelayanan digital. Bagian akhir buku menguraikan transisi paradigma penatalaksanaan HIV/AIDS menuju pendekatan yang lebih holistik dengan menempatkan *psychological well-being* sebagai salah satu tujuan penting dalam pelayanan keperawatan.

Penulis berharap buku ini dapat memberikan wawasan dan pemahaman yang aplikatif dalam meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan yang komprehensif, empatik, dan berpusat pada kebutuhan pasien HIV. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan serta mendukung

terwujudnya pelayanan kesehatan yang lebih manusiawi dan holistik bagi pasien HIV.

Padang, September 2026

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR i

DAFTAR ISI iii

BAGIAN I — MEMAHAMI HIV DAN PERMASALAHAN PSIKOSOSIAL 1

BAB 1 HIV: KONSEP DASAR DAN TANTANGAN DALAM PERAWATAN 3

1.1 Pengertian HIV dan AIDS 4

1.2 Epidemiologi HIV secara Global dan Nasional 6

1.3 Perjalanan Penyakit dan Manifestasi Klinis HIV 9

1.5 Perubahan Paradigma HIV dari Penyakit Fatal Menjadi Penyakit Kronis 13

1.6 Tantangan Pasien dalam Menjalani Kehidupan dengan HIV 15

1.7 Peran Perawat dalam Pelayanan Komprehensif Pasien HIV 18

DAFTAR PUSTAKA 22

BAB 2 ASPEK PSIKOLOGIS DAN SOSIAL PADA PASIEN HIV 25

2.1 Respons Psikologis setelah Diagnosis HIV 26

2.2 Stigma dan Diskriminasi pada Pasien HIV 29

2.3 Masalah Penerimaan Diri 32

2.4 Ketakutan terhadap Perkembangan Penyakit dan Kematian 33

2.5 Masalah Hubungan Keluarga dan Sosial 35

2.6 Masalah Pekerjaan dan Ekonomi 36

2.7 Isolasi Sosial dan Kualitas Hidup 38

2.8 Dukungan Keluarga dan Dukungan Sosial 39
2.9 Masalah Psikologis yang Sering Menyertai HIV 41
DAFTAR PUSTAKA 46
BAGIAN II — KECEMASAN PADA PASIEN HIV 49
BAB 3 KONSEP DASAR KECEMASAN 51
3.1 Definisi Kecemasan 52
3.2 Teori-Teori tentang Kecemasan 55
3.3 Kecemasan sebagai Respons Adaptif dan Maladaptif 59
3.4 Tingkat Kecemasan: Ringan, Sedang, Berat, dan Panik 62
3.5 Manifestasi Fisiologis Kecemasan 63
3.6 Manifestasi Kognitif dan Emosional 64
3.8 Perbedaan Kecemasan, Stres, Ketakutan, dan Depresi 66
3.9 Mekanisme Koping dalam Menghadapi Kecemasan 68
DAFTAR PUSTAKA 71
BAB 4 KECEMASAN PADA PASIEN HIV 73
4.1 Pengertian Kecemasan dalam Konteks HIV 74
4.2 Proses Terjadinya Kecemasan setelah Diagnosis HIV 76
4.3 Kecemasan terhadap Kondisi Kesehatan dan Perkembangan Penyakit 77
4.4 Kecemasan terhadap Kematian 78
4.5 Kecemasan Terkait Terapi dan Efek Samping Pengobatan 79

4.6 Kecemasan terhadap Stigma dan Diskriminasi..... 80
4.7 Kecemasan dalam Hubungan Pasangan dan Keluarga..... 81
4.8 Kecemasan Mengenai Pengungkapan Status HIV (Disclosure)..... 82
4.9 Kecemasan terhadap Penularan HIV kepada Orang Lain..... 83
4.10 Kecemasan Terkait Masa Depan, Pekerjaan, dan Kehidupan Sosial..... 84
DAFTAR PUSTAKA..... 85
BAB 5 FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KECEMASAN PADA PASIEN HIV..... 87
5.1 Faktor Usia dan Tahap Perkembangan..... 88
5.2 Jenis Kelamin..... 90
5.3 Pendidikan dan Pengetahuan tentang HIV..... 91
5.4 Status Perkawinan dan Kondisi Keluarga..... 93
5.5 Kondisi Ekonomi dan Pekerjaan..... 94
5.6 Lama Terdiagnosis HIV..... 95
5.7 Kondisi Klinis dan Komorbiditas..... 96
5.8 Kepatuhan terhadap Terapi Antiretroviral..... 98
5.9 Stigma yang Dirasakan (*Perceived Stigma*)..... 99
5.10 Dukungan Keluarga..... 101
5.11 Dukungan Sosial..... 101
5.12 Spiritualitas dan Religiusitas..... 103
5.13 Efikasi Diri (*Self-Efficacy*)..... 105
5.14 Mekanisme Koping..... 106
5.15 Resiliensi dan Penerimaan Diri..... 107

DAFTAR PUSTAKA 109

BAB 6 DAMPAK KECEMASAN TERHADAP KEHIDUPAN PASIEN HIV 113

6.1 Dampak terhadap Kesehatan Fisik 114

6.2 Dampak terhadap Kondisi Psikologis 117

6.3 Dampak terhadap Fungsi Sosial 118

6.4 Dampak terhadap Hubungan Keluarga dan Pasangan 120

6.5 Dampak terhadap Kepatuhan Pengobatan 121

6.6 Dampak terhadap Perilaku Mencari Pelayanan Kesehatan 123

6.7 Dampak terhadap Kualitas Hidup 124

6.8 Risiko Kecemasan yang Tidak Ditangani 126

DAFTAR PUSTAKA 130

BAB 7 PENGKAJIAN KECEMASAN PADA PASIEN HIV 133

7.1 Tujuan Pengkajian Psikososial 134

7.2 Prinsip Komunikasi Terapeutik dalam Pengkajian 138

7.3 Pengkajian Tanda dan Gejala Kecemasan 142

7.4 Pengkajian Faktor Pencetus dan Faktor Risiko 145

7.5 Pengkajian Mekanisme Koping 148

7.6 Pengkajian Dukungan Keluarga dan Sosial 149

7.7 Pengkajian Stigma dan Diskriminasi 151

7.8 Instrumen Pengukuran Kecemasan 153

7.9 Interpretasi Hasil Pengukuran Kecemasan 157

7.10 Dokumentasi Hasil Pengkajian 159
DAFTAR PUSTAKA 168
BAGIAN IV — PENATALAKSANAAN KECEMASAN 171
BAB 8 PENDEKATAN KEPERAWATAN PADA PASIEN HIV YANG MENGALAMI KECEMASAN 173
8.1 Peran Perawat dalam Kesehatan Psikososial Pasien HIV 174
8.2 Pengkajian Keperawatan 178
8.3 Diagnosis Keperawatan yang Berkaitan dengan Kecemasan 181
8.4 Penentuan Luaran Keperawatan 184
8.5 Perencanaan Intervensi Keperawatan 187
8.6 Implementasi Tindakan Keperawatan 190
8.7 Evaluasi Hasil Asuhan Keperawatan 193
8.8 Komunikasi Terapeutik 195
8.9 Edukasi Pasien dan Keluarga 197
8.10 Kolaborasi Interprofesional 200
DAFTAR PUSTAKA 208
BAB 9 INTERVENSI NONFARMAKOLOGIS UNTUK MENGATASI KECEMASAN 211
9.1 Psikoedukasi 212
9.2 Teknik Relaksasi Napas Dalam 214
9.3 Relaksasi Otot Progresif 216
9.4 Guided Imagery 218
9.5 Mindfulness 220
9.6 Distraksi dan Terapi Aktivitas 222

9.7 Pendekatan Kognitif dan Perilaku 224
9.8 Dukungan Kelompok (*Peer Support*) 226
9.9 Konseling Individu dan Keluarga 228
9.10 Intervensi Berbasis Spiritual 230
9.11 Peningkatan Mekanisme Koping dan Resiliensi 232
9.12 Pemanfaatan Teknologi dan Intervensi Digital 234
DAFTAR PUSTAKA 244
BAB 10 TRANSISI PARADIGMA PENATALAKSANAAN HIV/AIDS 247
10.1Dinamika Psikologis dan Komposisi Kecemasan pada ODHIV 248
10.2 Kecemasan terhadap Kematian (*Thanatophobia*) dan Intervensi Kognitif-Perilaku 250
10.3 Dimensi Spiritual dan Pemaknaan Hidup dalam Asuhan Keperawatan 251
10.4 Translasi Kebutuhan Psikologis menjadi Kebutuhan Konseling Komprehensif 252
10.5 Inovasi Akses Pelayanan: Pengembangan dan Evaluasi Telenursing *Mekonsdara* 254
10.6 Sintesis Determinan *Psychological Well-Being* Pasien HIV/AIDS 256
DAFTAR PUSTAKA 259
BAB 11 PARADIGMA HOLISTIK DALAM PENATALAKSANAAN KECEMASAN SERTA *PSYCHOLOGICAL WELL-BEING* PASIEN HIV/AIDS 261

11.1 Transformasi Paradigma Penatalaksanaan HIV 261
11.2 Karakteristik dan Komposisi Kecemasan pada ODHIV 263
11.3 Peran Strategis Perawat dan Modalitas Intervensi 266
11.4 Dimensi Protektif: Dukungan Sosial dan Spiritualitas 269
11.5 Trajektori Penelitian Penulis: Perjalanan dari Masalah menuju Solusi 270
11.6 Menuju Pelayanan HIV yang Lebih Holistik 273
11.7 Tantangan dan Arah Pengembangan Riset Masa Depan 275
PROFIL PENULIS 277

BAGIAN I — MEMAHAMI HIV DAN PERMASALAHAN PSIKOSOSIAL

BAB 1

HIV: KONSEP DASAR DAN TANTANGAN DALAM PERAWATAN

Human Immunodeficiency Virus (HIV) masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan masyarakat yang penting di dunia. Meskipun perkembangan terapi antiretroviral telah mengubah perjalanan klinis HIV secara bermakna, keberhasilan pengelolaan HIV tidak dapat dinilai hanya berdasarkan kemampuan menekan jumlah virus. Orang yang hidup dengan HIV tetap menghadapi berbagai persoalan fisik, psikologis, sosial, ekonomi, dan spiritual yang dapat berlangsung dalam jangka panjang.

Perkembangan terapi antiretroviral atau *antiretroviral therapy* (ART) telah menyebabkan perubahan mendasar dalam cara HIV dipandang dan dikelola. HIV yang pada awal epidemi identik dengan penyakit progresif dan fatal kini dapat dikelola sebagai kondisi kronis. Pada pasien yang terdiagnosis lebih awal, mendapatkan terapi secara berkesinambungan, dan mencapai supresi virus, harapan hidup dapat mendekati populasi umum.

Namun, kemajuan biomedis tersebut tidak serta-merta menghilangkan seluruh beban hidup pasien. Orang yang hidup dengan HIV masih mempunyai risiko mengalami multimorbiditas, masalah kesehatan mental, isolasi sosial, stigma, diskriminasi, serta penurunan kualitas hidup. Dengan

demikian, pelayanan HIV kontemporer memerlukan pendekatan yang lebih luas daripada sekadar pengendalian infeksi. Pelayanan perlu diarahkan pada pemenuhan kebutuhan pasien secara holistik, berpusat pada individu, dan berlangsung sepanjang kehidupan (Lazarus *et al*., 2021).

Dalam konteks tersebut, profesi keperawatan mempunyai posisi strategis. Perawat tidak hanya terlibat dalam pemantauan kondisi klinis dan kepatuhan terhadap terapi, tetapi juga dalam membangun hubungan terapeutik, memberikan pendidikan kesehatan, mengidentifikasi masalah psikososial, membantu pasien mengembangkan kemampuan *self-management*, memberikan dukungan psikologis, serta menghubungkan pasien dengan keluarga, komunitas, dan layanan kesehatan lainnya (Bedert *et al*., 2024; Davoudi *et al*., 2023).

Bab ini memberikan landasan untuk memahami HIV sebagai penyakit sekaligus pengalaman hidup jangka panjang. Pembahasan meliputi konsep HIV dan AIDS, epidemiologi, perjalanan penyakit, prinsip pengobatan dan perawatan, perubahan paradigma HIV menjadi penyakit kronis, berbagai tantangan dalam menjalani kehidupan dengan HIV, serta peran perawat dalam pelayanan HIV yang komprehensif.

1.1 Pengertian HIV dan AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan virus yang menyerang sistem imun manusia. Dampak utama infeksi HIV adalah terjadinya gangguan fungsi sistem kekebalan tubuh secara progresif. Tanpa pengobatan yang efektif, penurunan fungsi imun menyebabkan individu semakin rentan terhadap berbagai infeksi oportunistik dan kondisi lain yang berkaitan dengan imunosupresi.

HIV dan AIDS merupakan dua istilah yang berkaitan tetapi tidak mempunyai arti yang sama. HIV mengacu pada virus dan kondisi infeksinya, sedangkan Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) menggambarkan stadium lanjut dari infeksi HIV yang ditandai oleh gangguan imunitas berat dan/atau munculnya kondisi klinis tertentu yang berhubungan dengan imunosupresi.

Perbedaan tersebut penting dipahami karena seseorang yang terinfeksi HIV tidak selalu berada dalam kondisi AIDS. Perkembangan terapi antiretroviral telah memungkinkan replikasi virus ditekan, fungsi imun dipertahankan atau dipulihkan, dan perkembangan penyakit menuju stadium lanjut dicegah atau diperlambat. Sasaran utama ART adalah mencapai dan mempertahankan supresi virologis. Ketika terjadi kegagalan terapi, manfaat pemulihan imun akibat ART berkurang dan risiko morbiditas, resistensi obat, serta berbagai luaran buruk terkait HIV meningkat (Sharma *et al*., 2024).

Dari perspektif pelayanan kesehatan modern, pemahaman mengenai HIV tidak lagi cukup jika hanya diletakkan dalam kerangka penyakit infeksi. HIV merupakan kondisi yang mempunyai dimensi biologis sekaligus psikologis dan sosial. Diagnosis HIV dapat memengaruhi cara seseorang memandang dirinya, merencanakan masa depan, menjalani hubungan interpersonal, dan berinteraksi dengan lingkungan sosial.

Hal tersebut menjadi semakin penting karena keberhasilan terapi menyebabkan pasien hidup dengan HIV dalam waktu yang jauh lebih panjang. Konsekuensinya, pasien perlu melakukan proses adaptasi terhadap penyakit kronis, mengintegrasikan kondisi HIV ke dalam identitas dirinya, dan

mengembangkan kemampuan untuk melakukan pengelolaan diri secara berkelanjutan. Sematlane *et al*. (2021) menekankan bahwa adaptasi terhadap HIV sebagai penyakit kronis mencakup proses integrasi penyakit ke dalam identitas individu dan pengembangan perilaku *self-management*.

Dengan demikian, HIV sebaiknya dipahami dalam dua perspektif yang saling melengkapi:

1. **Perspektif Biomedis:** Menempatkan HIV sebagai infeksi yang memerlukan pengendalian replikasi virus dan pemeliharaan fungsi imun.
2. **Perspektif Biopsikososial:** Melihat HIV sebagai kondisi jangka panjang yang memengaruhi berbagai dimensi kehidupan seseorang.

Pemahaman kedua perspektif tersebut menjadi sangat penting bagi perawat karena keberhasilan perawatan pasien HIV bukan hanya ditentukan oleh keberhasilan mencapai *viral load* yang rendah, tetapi juga oleh kemampuan pasien menjalani kehidupan secara sehat, produktif, bermakna, dan memiliki kualitas hidup yang baik (Lazarus *et al*., 2021).

1.2 Epidemiologi HIV secara Global dan Nasional

Epidemiologi Global

HIV telah menjadi masalah kesehatan global selama lebih dari empat dekade. Epidemi HIV berkembang dengan pola yang berbeda antara satu negara dan negara lainnya serta mengalami perubahan sejalan dengan perkembangan program pencegahan, diagnosis, dan pengobatan.

Analisis Global Burden of Disease (GBD) 2015 menunjukkan bahwa epidemi HIV mengalami perubahan yang besar dari waktu ke waktu. Insiden HIV global mencapai puncaknya pada tahun 1997 dengan sekitar 3,3 juta infeksi baru. Pada tahun 2015, jumlah orang yang hidup dengan HIV/AIDS diperkirakan mencapai 38,8 juta. Pada saat yang sama, mortalitas HIV/AIDS mengalami penurunan dari sekitar 1,8 juta kematian pada tahun 2005 menjadi sekitar 1,2 juta pada tahun 2015 (GBD 2015 HIV Collaborators, 2016).

Data yang lebih baru dari analisis GBD 2019 menunjukkan bahwa pada tahun 2019 terdapat sekitar 36,85 juta kasus HIV/AIDS di dunia (Tian *et al*., 2023). Beban penyakit tersebut tidak terdistribusi secara merata. Wilayah dengan *sociodemographic index* yang rendah masih menunjukkan angka prevalensi, mortalitas, dan *disability-adjusted life years* (DALYs) yang lebih tinggi, dengan beban yang sangat besar di wilayah Afrika Sub-Sahara bagian selatan. Faktor risiko yang berkontribusi terhadap beban HIV/AIDS antara lain perilaku berisiko, penggunaan obat, kekerasan pasangan, dan hubungan seksual yang tidak aman (Tian *et al*., 2023).

Perubahan epidemi HIV secara global tidak dapat dilepaskan dari perkembangan ART. Peningkatan cakupan terapi telah memberikan kontribusi besar terhadap penurunan mortalitas akibat AIDS. Program pencegahan transmisi HIV dari ibu ke anak juga menjadi salah satu keberhasilan penting dalam respons kesehatan global terhadap HIV.

Namun, penurunan mortalitas tidak selalu diikuti penurunan prevalensi. Ketika orang yang hidup dengan HIV mempunyai harapan hidup lebih panjang, jumlah keseluruhan individu yang hidup dengan HIV dapat tetap tinggi atau bahkan meningkat. Kondisi tersebut merupakan salah satu konsekuensi epidemiologis dari keberhasilan pengobatan.

Pola epidemi HIV juga sangat heterogen. Govender *et al*. (2021) menunjukkan bahwa tren HIV berbeda secara nyata antarwilayah. Meskipun berbagai negara mengalami penurunan insiden, beberapa wilayah di North America dan Europe justru menunjukkan peningkatan kasus baru (resurgence). Hal ini menegaskan bahwa respons terhadap HIV tidak dapat menggunakan pendekatan yang sama untuk semua populasi dan wilayah.

Epidemiologi HIV di Indonesia

Dalam konteks Indonesia, HIV tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat yang memerlukan perhatian. Data GBD sebelumnya menunjukkan bahwa Indonesia termasuk negara yang pernah memperlihatkan kecenderungan peningkatan insiden ketika sejumlah negara lain telah mengalami penurunan. Analisis GBD 2015 secara khusus mencatat Indonesia dan Filipina sebagai contoh negara dengan prevalensi yang sebelumnya relatif lebih rendah tetapi menunjukkan peningkatan angka kematian dan insiden pada periode yang dianalisis (GBD 2015 HIV Collaborators, 2016).

Temuan tersebut menunjukkan pentingnya melihat epidemi HIV Indonesia dalam konteks yang dinamis. Beban HIV tidak hanya ditentukan oleh jumlah orang yang telah terdiagnosis, tetapi juga oleh keberhasilan penemuan kasus, akses terhadap ART, kesinambungan pengobatan, supresi viral, perilaku berisiko, stigma, dan akses kelompok rentan terhadap pelayanan kesehatan.

Selain itu, data epidemiologi perlu dipahami secara hati-hati karena estimasi HIV dapat berbeda bergantung pada metode dan sumber data yang digunakan. UNAIDS dan GBD, misalnya, menggunakan pendekatan estimasi yang berbeda dan pada tingkat negara dapat menghasilkan angka yang tidak sepenuhnya sama. Oleh karena itu, data epidemiologi HIV

nasional perlu diperbarui secara berkala dengan menggunakan sumber surveilans nasional dan sumber internasional yang relevan.

Bagi pelayanan keperawatan, epidemiologi bukan sekadar informasi mengenai jumlah kasus. Gambaran epidemi menentukan kelompok pasien yang perlu dijangkau, kebutuhan pelayanan, pola edukasi, strategi pencegahan, kebutuhan dukungan psikososial, serta pengembangan intervensi keperawatan berbasis populasi.

1.3 Perjalanan Penyakit dan Manifestasi Klinis HIV

Perjalanan infeksi HIV merupakan suatu proses yang berlangsung secara progresif. Setelah seseorang terinfeksi, virus berinteraksi dengan sistem imun dan, apabila tidak dikendalikan dengan terapi, dapat menyebabkan penurunan fungsi kekebalan tubuh secara bertahap.

Secara konseptual, perjalanan HIV dapat dipahami melalui tiga fase utama:

1. **Infeksi HIV Akut**

   Fase akut terjadi pada periode awal setelah seseorang memperoleh infeksi HIV. Pada tahap ini terjadi replikasi virus yang aktif. Manifestasi klinis dapat bervariasi; sebagian individu mengalami keluhan menyerupai penyakit virus akut, sedangkan sebagian lainnya mungkin tidak menunjukkan keluhan yang spesifik. Ketidakspesifikan manifestasi awal mempunyai implikasi penting terhadap pelayanan kesehatan karena seseorang dapat tidak menyadari bahwa dirinya telah terinfeksi. Diagnosis yang terlambat selanjutnya dapat memengaruhi waktu

dimulainya terapi dan meningkatkan risiko terjadinya komplikasi.

2. **Infeksi HIV Kronis**

   Setelah fase akut, infeksi memasuki periode kronis. Pada fase ini HIV tetap berada di dalam tubuh dan terus berinteraksi dengan sistem imun. Dengan ART yang efektif, replikasi virus dapat ditekan dan pasien dapat mempertahankan kondisi klinis yang relatif stabil dalam jangka panjang. Pada era terapi modern, fase inilah yang semakin banyak dijalani oleh orang dengan HIV. Keberhasilan ART telah menyebabkan pasien dapat hidup selama puluhan tahun dengan kondisi yang terkendali. Sematlane *et al*. (2021) menyebut perubahan ini sebagai transformasi HIV dari penyakit akut yang sebelumnya fatal menjadi penyakit kronis yang dapat dikelola.

3. **HIV Stadium Lanjut / AIDS**

   Tanpa terapi yang efektif atau pada kondisi kegagalan pengobatan, fungsi imun dapat terus menurun. Pasien menjadi semakin rentan terhadap infeksi oportunistik dan berbagai komplikasi lain. Tuberkulosis merupakan salah satu infeksi oportunistik yang sangat penting pada orang dengan HIV. Analisis GBD menempatkan tuberkulosis sebagai salah satu penyebab utama kematian pada individu dengan HIV (GBD 2015 HIV Collaborators, 2016; Tian *et al*., 2023), sehingga pencegahan, deteksi, dan penatalaksanaan tuberkulosis perlu menjadi bagian penting dalam pelayanan HIV.

   Perjalanan penyakit HIV pada era ART tidak selalu bersifat linear. Kondisi pasien dipengaruhi oleh waktu

diagnosis, status imun, *viral load*, kepatuhan terhadap terapi, resistensi obat (Sharma *et al*., 2024), komorbiditas, akses terhadap pelayanan, serta berbagai faktor psikososial.

Karena itu, dua pasien dengan lama diagnosis HIV yang sama belum tentu memiliki kondisi klinis dan kebutuhan perawatan yang sama. Prinsip ini penting dalam keperawatan karena pengkajian perlu dilakukan secara individual dan tidak hanya berdasarkan stadium penyakit.

1.4 Prinsip Pengobatan dan Perawatan Pasien HIV

Perkembangan ART merupakan titik balik utama dalam sejarah penatalaksanaan HIV. Tujuan utama terapi adalah menekan replikasi virus hingga mencapai supresi virologis, mempertahankan atau memulihkan fungsi imun, mencegah progresivitas penyakit, menurunkan morbiditas dan mortalitas, meningkatkan kualitas hidup, serta mengurangi risiko transmisi.

Pada tahun 2021 diperkirakan 28,7 juta dari 38,4 juta orang yang hidup dengan HIV secara global telah mendapatkan ART. Meskipun cakupan pengobatan meningkat secara signifikan, keberhasilan terapi tetap menghadapi berbagai tantangan.

Kepatuhan terhadap ART

ART merupakan terapi jangka panjang. Oleh karena itu, kepatuhan merupakan komponen penting dalam keberhasilan pengobatan. Ketidakpatuhan dapat menyebabkan kegagalan supresi virus dan berkontribusi

terhadap resistensi obat (Sharma *et al*., 2024). Faktor yang dapat menyebabkan kegagalan ART meliputi dosis yang tidak adekuat, interaksi obat, kepatuhan yang buruk, resistensi obat, dan gangguan absorpsi obat.

Kepatuhan tidak boleh dipandang semata-mata sebagai perilaku "patuh atau tidak patuh". Dalam pelayanan yang berpusat pada pasien, tenaga kesehatan perlu memahami alasan di balik kesulitan pasien menjalani pengobatan. Faktor psikologis, kondisi sosial, stigma, kemampuan ekonomi, efek samping obat, akses pelayanan, rutinitas kehidupan, dan dukungan keluarga dapat berinteraksi dan memengaruhi perilaku pengobatan.

Pemantauan Terapi

Keberhasilan terapi perlu dipantau secara berkelanjutan melalui evaluasi klinis dan pemeriksaan yang relevan, termasuk *viral load* dan status imun. Jika terjadi kegagalan virologis, evaluasi perlu mencakup riwayat terapi, tingkat viremia, kepatuhan, interaksi obat-obat maupun obat-makanan, tolerabilitas regimen, serta kemungkinan resistensi (Sharma *et al*., 2024).

Perawatan Komprehensif

Pengobatan HIV tidak berhenti pada pemberian ART. Lazarus *et al*. (2021) menekankan perlunya sistem kesehatan bergerak melampaui fokus tradisional pada supresi virus menuju pelayanan yang terintegrasi dan berpusat pada pasien sepanjang kehidupannya (*beyond viral suppression*).

Dengan demikian, perawatan pasien HIV setidaknya perlu memperhatikan:

1. Keberhasilan terapi dan supresi virus;

2. Pencegahan serta pengelolaan infeksi oportunistik;
3. Deteksi dan penatalaksanaan komorbiditas;
4. Kepatuhan terhadap terapi;
5. Kesehatan mental;
6. Kualitas hidup;
7. Kebutuhan sosial dan ekonomi;
8. Stigma dan diskriminasi;
9. Dukungan keluarga dan sosial; serta
10. Kemampuan pasien melakukan pengelolaan diri (*self-management*).

Pendekatan tersebut menempatkan pasien bukan sebagai objek pengobatan, tetapi sebagai individu yang mempunyai kebutuhan, nilai, pilihan, prioritas, dan pengalaman hidup yang unik.

1.5 Perubahan Paradigma HIV dari Penyakit Fatal Menjadi Penyakit Kronis

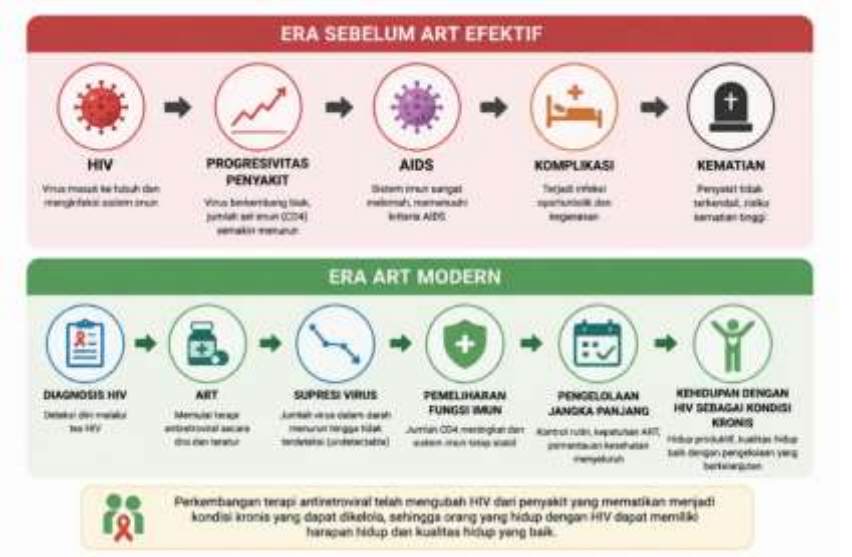
Salah satu perubahan paling fundamental dalam sejarah HIV adalah perubahan paradigma dari penyakit yang dianggap fatal menjadi penyakit kronis yang dapat dikelola.

Sebelum tersedianya ART yang efektif, pilihan terapi HIV sangat terbatas dan pelayanan banyak berorientasi pada penanganan komplikasi serta perawatan paliatif pada akhir kehidupan. Setelah ART efektif tersedia sejak pertengahan 1990-an, fokus pelayanan berubah menuju pengendalian *viral*

load, pemeliharaan fungsi imun, kepatuhan terapi, dan penanganan efek samping.

Keberhasilan terapi menyebabkan harapan hidup orang dengan HIV meningkat secara drastis. Pada individu yang didiagnosis lebih awal dan mampu menjalani ART secara berkesinambungan, harapan hidup kini dapat mendekati populasi umum.

Perubahan paradigma ini dapat dirangkum dalam komparasi berikut:



Perubahan ini membawa konsekuensi besar bagi pelayanan keperawatan. Jika sebelumnya fokus pelayanan lebih banyak diarahkan pada infeksi oportunistik dan perawatan pasien dengan penyakit berat, perawat saat ini semakin sering merawat pasien HIV yang stabil secara klinis tetapi menghadapi kebutuhan jangka panjang (Bedert *et al*., 2024).

Pasien perlu menjalani pengobatan, pemeriksaan, dan kontak dengan sistem pelayanan kesehatan dalam jangka waktu yang

panjang. Pada saat yang sama, mereka harus menjalankan peran sebagai pasangan, orang tua, anggota keluarga, pekerja, dan anggota masyarakat.

Oleh sebab itu, konsep adaptasi terhadap penyakit kronis menjadi sangat relevan. Adaptasi tidak hanya berarti menerima diagnosis, tetapi juga mengintegrasikan kondisi penyakit ke dalam identitas diri dan membangun kemampuan *self-management* (Sematlane *et al*., 2021).

Namun, HIV tidak dapat sepenuhnya disamakan dengan penyakit kronis lainnya. Bedert *et al*. (2024) menemukan bahwa perawat spesialis HIV tetap melihat HIV mempunyai karakteristik khusus karena stigma, diskriminasi, kerahasiaan diagnosis, serta kompleksitas persoalan sosial yang menyertainya.

Dengan demikian, normalisasi HIV sebagai penyakit kronis perlu dilakukan secara hati-hati. Secara klinis HIV memang dapat dikelola, tetapi secara psikologis dan sosial pengalaman hidup dengan HIV dapat tetap mempunyai beban yang sangat besar.

1.6 Tantangan Pasien dalam Menjalani Kehidupan dengan HIV

Keberhasilan ART telah memperpanjang kehidupan pasien, tetapi hidup lebih lama dengan HIV juga memunculkan tantangan baru. Tantangan tersebut dapat berasal dari kondisi penyakit, terapi, psikologis individu, keluarga, masyarakat, maupun sistem pelayanan kesehatan.

1. **Tantangan Pengobatan Jangka Panjang**

   Pasien perlu mempertahankan pengobatan secara terus-menerus. Pengobatan jangka panjang dapat

menimbulkan kejenuhan, kesulitan mempertahankan rutinitas, kekhawatiran mengenai efek obat, serta masalah akses terhadap layanan. Ketidakpatuhan mempunyai konsekuensi yang penting karena dapat menyebabkan kegagalan virologis dan resistensi (Sharma *et al*., 2024). Oleh karena itu, keberhasilan terapi memerlukan kemampuan *self-management* yang baik (Sematlane *et al*., 2021).

2. **Komorbiditas dan Proses Penuaan**

   Semakin panjang harapan hidup menyebabkan semakin banyak orang dengan HIV memasuki usia lanjut. Kondisi ini meningkatkan pentingnya pengelolaan penyakit tidak menular, multimorbiditas, fungsi fisik, *frailty*, dan kualitas hidup. Bedert *et al*. (2024) mengemukakan bahwa populasi orang dengan HIV yang semakin menua membawa tantangan baru berupa komorbiditas kronis dan kondisi medis yang tidak secara langsung disebabkan oleh HIV.

3. **Stigma dan Diskriminasi**

   Stigma tetap merupakan salah satu beban terbesar dalam kehidupan orang dengan HIV. Kemajuan terapi belum sepenuhnya diikuti perubahan persepsi sosial terhadap HIV. Stigma dapat menyebabkan penolakan sosial, rendahnya harga diri, kesulitan mengungkapkan status HIV, dan hambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan maupun dukungan sosial. Lazarus *et al*. (2021) menunjukkan bahwa stigma dan diskriminasi berkontribusi terhadap penurunan kualitas hidup melalui berbagai jalur, termasuk penolakan sosial dan hambatan memperoleh layanan.

4. **Kerahasiaan dan Pengungkapan Status HIV**

   Keputusan mengungkapkan status HIV merupakan persoalan kompleks. Pasien dapat mempertimbangkan manfaat memperoleh dukungan dari keluarga atau pasangan, tetapi pada saat yang sama takut terhadap penolakan, diskriminasi, rusaknya hubungan, atau tersebarnya informasi mengenai status HIV. Penelitian Burke *et al*. (2025) menggambarkan relevansi persoalan ini. Dalam penelitian tersebut, 64,8% responden melaporkan pernah mengalami stigma terkait HIV, sedangkan hanya 40,7% merasa nyaman mengungkapkan status kepada keluarga dan 27,8% kepada teman.

5. **Masalah Kesehatan Mental**

   HIV berkaitan erat dengan kesehatan psikologis. Pasien dapat mengalami kecemasan, depresi, stres, isolasi sosial, ketakutan terhadap masa depan, serta tekanan terkait stigma dan pengungkapan status. Tinjauan sistematis Davoudi *et al*. (2023) menunjukkan bahwa depresi dan kecemasan merupakan masalah yang sering ditemukan pada pasien HIV/AIDS. Literatur yang mereka kaji memperkirakan prevalensi kecemasan sekitar 20%, sementara gangguan mood atau gejala depresi sekitar 33%. Masalah psikologis juga berhubungan dengan pengelolaan penyakit. Kecemasan, depresi, kelelahan, kehilangan motivasi, dan kesulitan berkonsentrasi dapat mengganggu kemampuan pasien dalam mencari pelayanan dan mempertahankan kepatuhan terhadap terapi.

6. **Kualitas Hidup**

   Supresi virus tidak selalu identik dengan kualitas hidup yang optimal. Meskipun pelayanan kesehatan telah semakin mampu mendiagnosis, mengobati, dan mencapai supresi viral, sebagian orang dengan HIV masih mengalami multimorbiditas dan kualitas hidup terkait kesehatan yang lebih buruk dibandingkan individu tanpa HIV (Lazarus *et al*., 2021). Faktor yang dapat menurunkan kualitas hidup antara lain multimorbiditas, kemiskinan, ketergantungan zat, isolasi sosial, kesulitan membuka status HIV, serta stigma dan diskriminasi.

Karena itu, tujuan pelayanan HIV modern seharusnya tidak berhenti pada pertanyaan:

"Apakah viral load pasien sudah tersupresi?"

tetapi berkembang menjadi:

"Apakah pasien dapat hidup sehat, aman, produktif, bermakna, dan memiliki kualitas hidup yang baik dengan HIV?"

Perubahan pertanyaan tersebut merupakan inti pendekatan pelayanan HIV yang berpusat pada pasien (Lazarus *et al*., 2021).

1.7 Peran Perawat dalam Pelayanan Komprehensif Pasien HIV

Perawat mempunyai posisi yang sangat penting dalam pelayanan HIV karena memiliki kontak yang relatif dekat dan berkesinambungan dengan pasien. Hubungan tersebut memungkinkan perawat tidak hanya mengenali perubahan

kondisi fisik, tetapi juga mengidentifikasi persoalan psikologis dan sosial yang mungkin tidak secara langsung disampaikan oleh pasien.

Bedert *et al*. (2024) menunjukkan bahwa perawat HIV mengembangkan hubungan khusus dengan pasien yang didasarkan pada kepercayaan dan empati. Hubungan tersebut menjadi penting karena pasien sering membawa persoalan yang kompleks, termasuk pengalaman stigma dan diskriminasi. Perawat juga melihat tugas mereka semakin kompleks sejalan dengan perubahan pelayanan HIV dari pelayanan akut menuju pelayanan penyakit kronis.

Dalam konteks pelayanan komprehensif, peran perawat dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. **Peran dalam Pengkajian Komprehensif**

   Perawat perlu melakukan pengkajian yang tidak terbatas pada tanda dan gejala fisik. Pengkajian sebaiknya mencakup kondisi psikologis, kepatuhan terhadap ART, dukungan keluarga, fungsi sosial, mekanisme koping, stigma, kemampuan *self-management*, dan kualitas hidup.

2. **Peran dalam Pendidikan Kesehatan**

   Perawat mempunyai peran penting dalam memberikan informasi yang benar mengenai HIV, terapi, pencegahan penularan, pentingnya kepatuhan, pemantauan kondisi, serta pola hidup sehat. Pendidikan kesehatan perlu dilakukan secara individual dengan mempertimbangkan tingkat pendidikan, literasi kesehatan, kondisi emosional, budaya, dan kesiapan pasien menerima informasi.

3. **Peran dalam Meningkatkan Kepatuhan terhadap Terapi**

   Perawat dapat mengidentifikasi hambatan kepatuhan dan bersama pasien mengembangkan strategi yang realistis untuk mempertahankan terapi. Pendekatan yang berpusat pada pasien lebih efektif dibandingkan sekadar menilai pasien sebagai "patuh" atau "tidak patuh".

4. **Peran dalam Dukungan Psikososial**

   Dukungan psikologis merupakan salah satu fungsi penting perawat dalam pelayanan HIV. Davoudi *et al*. (2023) menegaskan bahwa perawat memiliki hubungan yang dekat dan berkesinambungan dengan pasien sehingga berada pada posisi strategis dalam memberikan dukungan psikologis. Berbagai intervensi psikososial telah dapat dilakukan oleh perawat, antara lain pendidikan secara tatap muka maupun virtual, pemberian informasi tertulis, wawancara motivasional, manajemen kasus, kunjungan rumah, serta tindak lanjut telepon. Intervensi tersebut menunjukkan manfaat terhadap kualitas hidup, pengelolaan penyakit, kepatuhan terapi, dan kesehatan mental (Davoudi *et al*., 2023).

5. **Peran dalam Identifikasi Masalah Kecemasan**

   Kecemasan merupakan salah satu masalah psikologis yang sangat relevan pada pasien HIV. Perawat perlu mampu mengenali gejala kecemasan sejak dini, mengidentifikasi faktor pencetus, melakukan pengkajian tingkat kecemasan, dan menentukan kebutuhan intervensi maupun rujukan (Davoudi *et al*., 2023).

6. **Peran sebagai Advokat**

   Stigma dan diskriminasi dapat terjadi di masyarakat maupun dalam sistem pelayanan kesehatan. Perawat mempunyai tanggung jawab etik untuk menjaga kerahasiaan, menghormati martabat pasien, mencegah perlakuan diskriminatif, serta memastikan pasien memperoleh pelayanan yang adil.

7. **Peran dalam Koordinasi Pelayanan**

   Kebutuhan pasien HIV sering kali melampaui kompetensi satu profesi. Perawat berperan dalam menghubungkan pasien dengan dokter, psikolog, psikiater, pekerja sosial, farmasis, konselor, kelompok dukungan sebaya, serta layanan berbasis komunitas. Penelitian Burke *et al*. (2025) menegaskan manfaat tim multidisiplin dan organisasi berbasis komunitas dalam memberikan dukungan psikososial kepada orang dengan HIV.

8. **Peran dalam Membangun Hubungan Terapeutik**

   Hubungan terapeutik merupakan fondasi penting dalam pelayanan HIV. Temuan Bedert *et al*. (2024) menunjukkan bahwa fleksibilitas, kepercayaan, empati, dan kemampuan perawat menanggapi persoalan individual pasien merupakan bagian penting dari praktik keperawatan HIV kontemporer.

Dengan demikian, perawat dalam pelayanan HIV modern tidak hanya berperan sebagai pemberi tindakan klinis, tetapi juga sebagai edukator, konselor, advokat, koordinator pelayanan, fasilitator *self-management*, pemberi dukungan psikososial, dan mitra terapeutik pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Bedert, M., Moody, K., Nieuwkerk, P., van Holten, N., de Wit, J., & van der Valk, M. (2024). Between delivering chronic care and answering patients' burdens: Understanding HIV specialist nurses' experiences in the age of treatment. *Journal of Advanced Nursing*, 80(5), 1943–1954. https://doi.org/10.1111/jan.15941

Burke, A., Davoren, M. P., Arensman, E., & Harrington, J. (2025). Identifying barriers and facilitators to psychosocial care for people living with HIV in Ireland: A mixed methods study. *BMC Public Health*, 25, 707. https://doi.org/10.1186/s12889-025-21906-1

Davoudi, M., Heydari, A., & Manzari, Z. S. (2023). Psychosocial interventions by nurses for patients with HIV/AIDS: A systematic review. *Journal of Caring Sciences*, 12(2), 94–102. https://doi.org/10.34172/jcs.2023.30726

GBD 2015 HIV Collaborators. (2016). Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2015: The Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet HIV*, 3(8), e361–e387. https://doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30087-X

Govender, R. D., Hashim, M. J., Khan, M. A. B., Mustafa, H., & Khan, G. (2021). Global epidemiology of HIV/AIDS: A resurgence in North America and Europe. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 11(3), 296–301. https://doi.org/10.2991/jegh.k.210621.001

Lazarus, J. V., Safreed-Harmon, K., Kamarulzaman, A., Anderson, J., Leite, R. B., Behrens, G., ... & Alleyne, G. (2021). Consensus statement on the role of health systems in advancing the long-term well-being of people living with HIV. *Nature Communications*, 12, 4450. https://doi.org/10.1038/s41467-021-24673-w

Sematlane, N. P., Knight, L., Masquillier, C., & Wouters, E. (2021). Adapting to, integrating and self-managing HIV as a chronic illness: A scoping review protocol. *BMJ Open*, 11(5), e047870. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047870

Sharma, A., Vardhan, G., Dhamija, P., & Kumar, V. (2024). Navigating the antiretroviral therapy switch conundrum: Unveiling the dilemma of drug resistance and disease progression in HIV/AIDS. *Cureus*, 16(3), e56441. https://doi.org/10.7759/cureus.56441

Tian, X., Chen, J., Wang, X., Xie, Y., Zhang, X., Han, D., Fu, H., Yin, W., & Wu, N. (2023). Global, regional, and national HIV/AIDS disease burden levels and trends in 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease 2019 study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1068664. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1068664

BAB 2

ASPEK PSIKOLOGIS DAN SOSIAL PADA PASIEN HIV

Kemajuan terapi antiretroviral telah memungkinkan orang yang hidup dengan HIV memiliki harapan hidup yang jauh lebih panjang dibandingkan pada awal epidemi HIV. Akan tetapi, keberhasilan biomedis tersebut tidak serta-merta menghilangkan beban psikologis dan sosial yang menyertai diagnosis HIV. Bagi sebagian individu, HIV bukan hanya merupakan suatu kondisi kesehatan kronis, tetapi juga pengalaman kehidupan yang dapat memengaruhi identitas diri, hubungan dengan keluarga dan pasangan, pekerjaan, kondisi ekonomi, interaksi sosial, serta cara seseorang memandang masa depan (Dean *et al*., 2020; Lyons *et al*., 2025).

Diagnosis HIV dapat menjadi peristiwa kehidupan yang sangat bermakna secara psikologis. Reaksi seseorang terhadap diagnosis tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan tentang penyakit, tetapi juga oleh persepsi mengenai HIV, pengalaman sebelumnya, stigma di lingkungan masyarakat, dukungan keluarga, kondisi ekonomi, serta sumber daya psikologis yang dimiliki individu. Penelitian Ninnoni *et al*. (2023) menunjukkan bahwa setelah mengetahui status HIV positif, pasien dapat mengalami kecemasan yang sangat kuat berkaitan dengan dampak penyakit terhadap diri sendiri, keluarga, dan lingkungan sosial. Reaksi tersebut meliputi rasa takut, khawatir, terkejut,

malu, bahkan keputusasaan yang pada sebagian individu disertai ide bunuh diri dan perilaku menyakiti diri.

Dengan demikian, pelayanan HIV tidak dapat dipisahkan dari pelayanan kesehatan mental. Remien *et al*. (2019) menekankan bahwa masalah kesehatan mental pada orang yang hidup dengan HIV dapat memengaruhi berbagai tahapan dalam kesinambungan pelayanan HIV, mulai dari pemeriksaan dan diagnosis, keterhubungan dengan pelayanan kesehatan, keberlangsungan perawatan, kepatuhan terhadap terapi antiretroviral, hingga pencapaian supresi virus.

Aspek psikologis dan sosial tersebut saling berhubungan. Stigma dapat menimbulkan rasa malu dan penolakan terhadap diri sendiri; penolakan terhadap diri dapat menyebabkan seseorang menghindari hubungan sosial; isolasi sosial dapat memperburuk kecemasan dan depresi; sedangkan gangguan psikologis dapat menurunkan kemampuan pasien mempertahankan kepatuhan terhadap pengobatan (van der Kooij *et al*., 2021; Waldron *et al*., 2021). Oleh sebab itu, pemahaman mengenai pengalaman psikososial pasien menjadi bagian esensial dalam pelayanan HIV yang holistik.

2.1 Respons Psikologis setelah Diagnosis HIV

Menerima diagnosis HIV merupakan pengalaman yang dapat mengubah persepsi individu mengenai kesehatan, kehidupan, hubungan interpersonal, dan masa depan. Meskipun HIV saat ini dapat dikelola sebagai penyakit kronis, gambaran historis HIV sebagai penyakit yang mematikan dan sangat distigmatisasi masih memengaruhi respons emosional sebagian pasien.

Respons psikologis setelah diagnosis sangat individual. Tidak semua pasien mengalami tahapan respons yang sama dan tidak terdapat urutan yang selalu konsisten. Akan tetapi, beberapa respons yang sering ditemukan meliputi terkejut, tidak percaya, menyangkal, takut, cemas, marah, sedih, malu, merasa bersalah, putus asa, dan secara bertahap menuju penerimaan (Alsadi, 2025; Ninnoni *et al*., 2023).

Ninnoni *et al*. (2023) menemukan bahwa reaksi segera setelah diagnosis HIV antara lain berupa *shock*, rasa malu, ketakutan, dan kekhawatiran. Sebagian pasien juga merespons diagnosis dengan penyangkalan. Penyangkalan pada fase awal dapat berfungsi sebagai mekanisme psikologis sementara dalam menghadapi berita yang dianggap sangat mengancam, tetapi apabila berlangsung berkepanjangan dapat menghambat pencarian pertolongan dan keterlibatan pasien dalam pelayanan kesehatan.

Terkejut dan Tidak Percaya

Reaksi awal yang sering muncul adalah perasaan terkejut. Individu mungkin merasa diagnosis tersebut tidak sesuai dengan dirinya atau tidak dapat memahami bagaimana dirinya dapat terinfeksi HIV. Perasaan tersebut dapat disertai pertanyaan seperti:

- *"Mengapa hal ini terjadi pada saya?"*
- *"Apakah hasil pemeriksaan ini benar?"*
- *"Dari mana saya mendapatkan infeksi ini?"*

Kondisi ini menunjukkan bahwa pasien sedang berusaha memberikan makna terhadap diagnosis yang baru diterimanya. Kajian mengenai perjalanan kesehatan mental pasien HIV menunjukkan bahwa diagnosis HIV dapat menimbulkan pengalaman psikologis yang mendalam, dengan

respons awal berupa keterkejutan, ketidakpercayaan, dan ketakutan terhadap konsekuensi penyakit bagi kehidupan di masa mendatang (Alsadi, 2025).

Penyangkalan (*Denial*)

Penyangkalan dapat muncul sebagai mekanisme pertahanan diri terhadap kondisi yang dianggap terlalu berat untuk diterima sekaligus. Pada tahap ini pasien mungkin mempertanyakan kebenaran hasil pemeriksaan, melakukan pemeriksaan berulang, atau menghindari pembicaraan mengenai HIV. Dalam jangka pendek, penyangkalan dapat memberikan kesempatan bagi individu untuk menyesuaikan diri secara emosional. Namun, jika berlangsung terlalu lama, penyangkalan dapat menyebabkan pasien menunda terapi, tidak menghadiri kontrol, atau menghindari keterlibatan dengan sistem pelayanan kesehatan.

Ketakutan dan Kecemasan

Ketakutan setelah diagnosis HIV dapat berkaitan dengan banyak hal. Pasien dapat takut terhadap perkembangan penyakit, kematian, efek pengobatan, penularan kepada pasangan atau anak, respons keluarga, kehilangan pekerjaan, dan stigma masyarakat (Aurpibul *et al*., 2023; Lyons *et al*., 2025). Kecemasan tersebut dapat berkembang menjadi kekhawatiran yang menetap mengenai kesehatan dan masa depan. Pada sebagian pasien, kecemasan dapat muncul dalam bentuk gangguan tidur, pikiran berulang mengenai penyakit, kesulitan berkonsentrasi, ketegangan, atau keluhan somatik. Alsadi (2025) menegaskan bahwa kecemasan setelah diagnosis HIV berhubungan erat dengan ketidakpastian mengenai harapan hidup, perkembangan penyakit, stigma, diskriminasi, penolakan sosial, hubungan interpersonal, dan stabilitas pekerjaan.

Kesedihan dan Kehilangan

Diagnosis HIV juga dapat dipersepsikan sebagai suatu bentuk kehilangan. Pasien mungkin merasa kehilangan kesehatan, rasa aman, citra diri, rencana masa depan, maupun gambaran kehidupan yang sebelumnya dianggap pasti (Waldron *et al*., 2021). Perasaan kehilangan tersebut dapat menyebabkan kesedihan. Pada sebagian individu, kesedihan merupakan respons adaptif sementara, tetapi pada individu lain dapat berkembang menjadi gejala depresi yang membutuhkan penilaian dan intervensi lebih lanjut.

Keputusasaan

Keputusasaan merupakan respons yang lebih berat dan perlu mendapat perhatian khusus. Dalam studi Ninnoni *et al*. (2023), sejumlah pasien tidak lagi melihat makna dan tujuan hidup setelah diagnosis HIV. Keputusasaan tersebut pada beberapa peserta disertai ide bunuh diri, perencanaan bunuh diri, dan perilaku menyakiti diri.

Oleh sebab itu, periode setelah pemberitahuan diagnosis merupakan waktu yang sangat penting untuk melakukan pengkajian psikologis. Pasien tidak cukup hanya diberi informasi mengenai hasil tes dan pengobatan, tetapi juga perlu dinilai kondisi emosional, mekanisme koping, dukungan sosial, serta risiko terhadap keselamatan dirinya (Ninnoni *et al*., 2023; Remien *et al*., 2019).

2.2 Stigma dan Diskriminasi pada Pasien HIV

Stigma merupakan salah satu persoalan sosial yang paling persisten dalam epidemi HIV. Meskipun pengetahuan mengenai penularan HIV dan efektivitas pengobatan telah berkembang pesat, pandangan negatif terhadap orang yang

hidup dengan HIV masih ditemukan dalam berbagai lingkungan sosial (Asrina *et al*., 2023; Rayanakorn *et al*., 2022). Stigma HIV dapat dipahami sebagai proses pemberian label, stereotip, penilaian negatif, dan pengurangan status sosial terhadap seseorang karena status HIV yang dimilikinya.

van der Kooij *et al*. (2021) membedakan stigma HIV menjadi beberapa bentuk penting, yaitu stigma publik, stigma yang dialami (*experienced/enacted stigma*), dan stigma terhadap diri sendiri (*self-stigma*). Stigma publik mencerminkan keyakinan dan sikap negatif yang berkembang di masyarakat, sedangkan *experienced stigma* merupakan pengalaman nyata berupa diskriminasi. *Self-stigma* terjadi ketika individu menginternalisasi pandangan negatif masyarakat dan menerapkannya terhadap dirinya sendiri.

Stigma Publik

Stigma publik muncul ketika masyarakat memiliki stereotip negatif terhadap orang dengan HIV. HIV dapat diasosiasikan dengan perilaku tertentu yang dianggap menyimpang secara moral, sehingga orang yang hidup dengan HIV dinilai berdasarkan diagnosisnya, bukan sebagai individu secara utuh. Di Indonesia, Asrina *et al*. (2023) menemukan bahwa stigma dan diskriminasi dapat muncul karena ketakutan, kecemasan, persepsi negatif terhadap penyakit, persoalan kerahasiaan, serta berbagai faktor sosial lainnya. Bentuknya dapat berupa stigma publik, *self-stigma*, diskriminasi verbal, dan perilaku menghindari orang dengan HIV. Stigma tersebut dapat terjadi di berbagai lingkungan, termasuk keluarga, masyarakat, sekolah, tempat ibadah, tempat kerja, maupun fasilitas pelayanan kesehatan.

Stigma yang Diantisipasi (*Anticipated Stigma*)

Pasien tidak harus mengalami diskriminasi secara langsung untuk merasakan dampak stigma. Ketakutan bahwa diskriminasi mungkin terjadi sudah dapat memengaruhi perilaku. Pasien dapat menyembunyikan status HIV karena takut ditolak pasangan, keluarga, teman, atau rekan kerja (Aurpibul *et al*., 2023). Ketakutan ini dapat memengaruhi keputusan untuk mengungkapkan status, mencari pengobatan, atau mendapatkan dukungan sosial.

Self-stigma atau Stigma Terinternalisasi

Self-stigma terjadi ketika individu menerima dan mempercayai stereotip negatif yang berkembang di masyarakat. Pasien dapat merasa dirinya tidak berharga, kotor, bersalah, memalukan, atau tidak pantas dicintai. *Self-stigma* mempunyai pengaruh yang luas terhadap kualitas hidup. Dalam penelitian terhadap 1.704 orang yang hidup dengan HIV, van der Kooij *et al*. (2021) menemukan bahwa *self-stigma* memediasi hubungan antara stigma publik maupun stigma yang dialami dengan berbagai luaran kualitas hidup. Dampaknya mencakup kecemasan, depresi, masalah harga diri, kekhawatiran mengenai pengungkapan status, berkurangnya dukungan sosial, gangguan tidur, masalah seksual, dan persepsi kesehatan umum yang lebih buruk.

Dengan demikian, stigma bukan sekadar masalah sikap masyarakat. Stigma dapat berubah menjadi pengalaman psikologis internal yang memengaruhi cara pasien mempersepsikan dirinya sendiri (van der Kooij *et al*., 2021).

2.3 Masalah Penerimaan Diri

Penerimaan diri merupakan salah satu komponen penting dalam adaptasi psikologis terhadap HIV. Menerima diagnosis tidak berarti menyukai atau menyetujui kondisi penyakit, tetapi mengakui keberadaan HIV sebagai bagian dari realitas kehidupan dan mampu tetap menjalani kehidupan secara konstruktif (Alsadi, 2025).

Proses menuju penerimaan tidak selalu berlangsung cepat atau linear. Pasien dapat mengalami kemajuan dan kemunduran dalam proses tersebut. Pada satu waktu seseorang mungkin merasa telah menerima kondisinya, tetapi pada situasi tertentu—misalnya ketika akan mengungkapkan status kepada pasangan, mengalami perubahan kondisi kesehatan, atau menghadapi diskriminasi—perasaan takut dan penolakan terhadap diri dapat kembali muncul (Aurpibul *et al*., 2023).

Alsadi (2025) menggambarkan bahwa perjalanan psikologis pasien HIV dari diagnosis menuju penerimaan (*trajectory from diagnosis to acceptance*) melalui siklus emosional berupa kesedihan, kemarahan, dan penyangkalan, hingga secara bertahap berkembang menjadi resiliensi serta efikasi diri yang lebih baik.

Penerimaan diri dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, terutama:

1. Pemahaman yang benar tentang HIV;
2. Persepsi bahwa HIV dapat dikelola;
3. Keberhasilan terapi;
4. Dukungan keluarga dan pasangan;

5. Penerimaan sosial dan tingkat stigma lingkungan (Asrina *et al*., 2023; Rayanakorn *et al*., 2022);
6. Pengalaman stigma dan diskriminasi;
7. Mekanisme koping dan kesehatan mental (Remien *et al*., 2019; Waldron *et al*., 2021);
8. Spiritualitas; serta
9. Kemampuan individu menemukan makna dalam kehidupannya.

Penerimaan yang lebih baik berkaitan dengan peningkatan kesejahteraan psikologis dan keterlibatan yang lebih aktif dalam terapi. Sebaliknya, penerimaan diri yang rendah dapat terlihat dalam bentuk penolakan terhadap diagnosis, rasa malu berkepanjangan, menyalahkan diri sendiri, menarik diri, menolak pengobatan, atau merasa bahwa dirinya tidak lagi memiliki nilai.

Dalam konteks keperawatan, masalah penerimaan diri penting dikaji karena dapat menjadi dasar munculnya kecemasan, depresi, isolasi sosial, serta ketidakpatuhan terhadap terapi (Alsadi, 2025; Remien *et al*., 2019).

2.4 Ketakutan terhadap Perkembangan Penyakit dan Kematian

Meskipun ART telah mengubah HIV menjadi kondisi kronis yang dapat dikendalikan, ketakutan terhadap progresivitas penyakit dan kematian masih dapat ditemukan pada pasien. Ketakutan ini dapat dipengaruhi oleh pengetahuan yang tidak memadai mengenai perkembangan terapi HIV, pengalaman melihat orang lain meninggal akibat AIDS, munculnya gejala

fisik, hasil pemeriksaan laboratorium, infeksi oportunistik, atau kegagalan pengobatan.

Ninnoni *et al*. (2023) menunjukkan bahwa ketakutan yang muncul setelah diagnosis HIV salah satunya berkaitan erat dengan ketakutan terhadap kematian dan penderitaan fisik jangka panjang. Pada sebagian pasien, setiap perubahan fisik kecil dapat diinterpretasikan secara berlebihan sebagai tanda bahwa kondisi HIV sedang memburuk. Pasien dapat menjadi sangat waspada terhadap tubuhnya (*hypervigilance*), sering memikirkan kemungkinan penyakit berkembang, atau mengalami kecemasan sebelum pemeriksaan *viral load* dan CD4.

Ketakutan juga dapat berkaitan dengan masa depan keluarga. Pasien yang memiliki pasangan dan anak dapat mengalami kekhawatiran mengenai keberlangsungan kehidupan keluarganya apabila kondisi kesehatan memburuk, termasuk mengenai siapa yang akan merawat dan memenuhi kebutuhan anggota keluarga. Kekhawatiran tersebut menjadi semakin kompleks pada pasien yang berperan sebagai pencari nafkah utama, karena ketakutan terhadap perkembangan penyakit sering kali disertai kecemasan mengenai kemampuan mempertahankan pekerjaan dan memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga (Dean *et al*., 2020; Lyons *et al*., 2025).

Dengan demikian, ketakutan terhadap kematian pada pasien HIV tidak hanya berkaitan dengan aspek biologis atau berakhirnya kehidupan, tetapi juga mencakup kekhawatiran terhadap kemungkinan mengalami penderitaan fisik, meninggalkan keluarga, kehilangan peran dan tanggung jawab sosial, serta menghadapi ketidakpastian masa depan.

Dalam kondisi tersebut, pemberian informasi yang akurat dan mudah dipahami mengenai perjalanan penyakit, efektivitas

terapi antiretroviral, serta prognosis HIV pada era pengobatan modern menjadi bagian penting dalam membantu pasien membangun pemahaman yang lebih realistis terhadap kondisi yang dialaminya dan mengurangi kecemasan yang muncul akibat interpretasi berlebihan terhadap diagnosis HIV.

2.5 Masalah Hubungan Keluarga dan Sosial

Diagnosis HIV dapat memengaruhi hubungan interpersonal secara bermakna. Persoalan yang sering muncul bukan hanya bagaimana pasien menjalani hubungan setelah diagnosis, tetapi juga apakah, kapan, bagaimana, dan kepada siapa status HIV perlu diungkapkan (*HIV disclosure*).

Pengungkapan status merupakan keputusan yang sangat kompleks. Pengungkapan dapat membuka peluang memperoleh dukungan, tetapi juga membawa risiko berupa penolakan, konflik, stigma, atau diskriminasi (Aurpibul *et al*., 2023). Penelitian Aurpibul *et al*. (2023) pada dewasa muda yang hidup dengan HIV sejak masa perinatal menunjukkan dua sisi pengungkapan status:

- **Sisi Positif:** Pengungkapan dapat memberikan manfaat berupa penerimaan dan dukungan sosial.
- **Sisi Negatif:** Pengungkapan berisiko menyebabkan masalah dalam hubungan keluarga, pendidikan, dan kehidupan sosial. Sebaliknya, keputusan untuk tidak mengungkapkan status berkaitan erat dengan *anticipated stigma* dan memberi dampak negatif terhadap pekerjaan serta hubungan interpersonal.

Hubungan dengan pasangan merupakan aspek yang sangat sensitif. Pasien dapat mengalami ketakutan bahwa pasangan akan:

1. Meninggalkan hubungan;
2. Menuduh pasien tidak setia;
3. Takut tertular;
4. Memberi tahu orang lain tanpa persetujuan; atau
5. Memperlakukan pasien secara berbeda setelah mengetahui status HIV.

Dalam hubungan keluarga, respons juga dapat bervariasi. Sebagian keluarga memberikan dukungan yang kuat, sedangkan keluarga lain mungkin bereaksi dengan rasa takut, marah, menyalahkan, atau menjauh (Asrina *et al*., 2023). Stigma dapat memperburuk dinamika tersebut. Diagnosis HIV ditemukan berhubungan dengan kesulitan dalam hubungan personal serta gangguan terhadap tujuan pendidikan, pekerjaan, dan kehidupan sosial (Aurpibul *et al*., 2023; Rayanakorn *et al*., 2022).

Oleh karena itu, pengkajian hubungan keluarga tidak hanya menanyakan apakah pasien "memiliki keluarga", tetapi juga perlu menilai kualitas hubungan, penerimaan keluarga, keterbukaan komunikasi, konflik, dan siapa yang benar-benar dapat menjadi sumber dukungan bagi pasien.

2.6 Masalah Pekerjaan dan Ekonomi

HIV dapat berinteraksi secara kompleks dengan kondisi pekerjaan dan ekonomi pasien. Pada satu sisi, perkembangan ART memungkinkan banyak orang dengan HIV tetap produktif dan bekerja. Pada sisi lain, stigma, diskriminasi,

kondisi kesehatan, frekuensi kontrol, serta beban biaya dapat memengaruhi stabilitas ekonomi.

Penelitian Dean *et al*. (2020) menunjukkan bahwa beban ekonomi pada orang yang hidup dengan HIV dapat melibatkan aspek pekerjaan, pendapatan, asuransi, dan kesulitan memenuhi kebutuhan dasar. Pada kelompok yang mereka teliti, orang dengan HIV memiliki kemungkinan lebih kecil untuk bekerja dan lebih besar mengalami kesulitan finansial dibandingkan kelompok tanpa HIV. Kehilangan pekerjaan dapat berkontribusi terhadap hilangnya pendapatan maupun perlindungan pembiayaan kesehatan, sementara partisipasi kerja yang lebih rendah berkaitan langsung dengan kualitas hidup yang lebih buruk (Dean *et al*., 2020).

Diskriminasi di tempat kerja dapat terjadi dalam berbagai bentuk:

1. Penolakan untuk mempekerjakan;
2. Penundaan atau penolakan promosi jabatan;
3. Perlakuan berbeda dari rekan kerja atau atasan;
4. Pelanggaran kerahasiaan status kesehatan; hingga
5. Pemutusan Hubungan Kerja (PHK) secara sepihak.

Studi lintas 11 negara di Afrika Sub-Sahara oleh Lyons *et al*. (2025) menunjukkan bahwa diskriminasi pekerjaan terhadap perempuan yang hidup dengan HIV merupakan persoalan nyata. Di negara tanpa perlindungan nondiskriminasi, penolakan pekerjaan atau pendapatan karena status HIV dan penolakan promosi dikaitkan dengan kondisi kesehatan yang lebih buruk dalam konteks koinfeksi TB dan HIV.

Kesulitan ekonomi juga merupakan stresor psikologis yang berat. Pasien dapat mengalami kecemasan mengenai biaya hidup, kebutuhan keluarga, akses pelayanan, transportasi ke fasilitas kesehatan, serta kemampuan mempertahankan pekerjaan sambil menjalani pengobatan. Remien *et al*. (2019) menempatkan kemiskinan, pendidikan rendah, ketidakstabilan tempat tinggal, dan kerawanan pangan sebagai faktor struktural yang berkontribusi terhadap kerentanan kesehatan dan luaran HIV yang lebih buruk.

2.7 Isolasi Sosial dan Kualitas Hidup

Isolasi sosial merupakan kondisi ketika seseorang memiliki keterhubungan sosial yang terbatas atau merasa terpisah dari lingkungan sosialnya. Pada pasien HIV, isolasi sosial dapat terjadi secara nyata (*objective isolation*) maupun secara subjektif (*subjective loneliness*). Sebagian pasien mungkin benar-benar kehilangan hubungan sosial setelah status HIV diketahui, sedangkan pasien lain secara aktif menarik diri (*social withdrawal*) karena takut statusnya diketahui.

Ketakutan terhadap stigma dapat mendorong pasien untuk membatasi interaksi sosial, merahasiakan penyakit, atau menghindari situasi yang dianggap dapat mengungkapkan status HIV (Aurpibul *et al*., 2023). Dalam jangka panjang, pola tersebut dapat menyebabkan kesepian, kehilangan dukungan emosional, dan menurunnya kualitas hidup.

Hubungan antara stigma, isolasi sosial, dan kualitas hidup diperlihatkan secara eksplisit oleh van der Kooij *et al*. (2021). *Self-stigma* berhubungan dengan berbagai aspek kualitas hidup, termasuk peningkatan risiko depresi, kecemasan, penurunan harga diri, hilangnya dukungan sosial, kekhawatiran pengungkapan status, masalah seksual,

gangguan tidur, dan persepsi kesehatan umum yang lebih buruk.

Penelitian Rayanakorn *et al*. (2022) di Thailand menunjukkan bahwa stigma HIV berhubungan negatif dengan domain kesehatan mental dari kualitas hidup. Sebaliknya, status bekerja dan kecukupan finansial menjadi faktor positif yang berhubungan kuat dengan kualitas hidup pasien.

Temuan tersebut memperlihatkan bahwa kualitas hidup pasien HIV merupakan hasil interaksi dari berbagai dimensi:

Kualitas Hidup
$= f$ (Kesehatan Fisik,Kesejahteraan Psikologis,Dukungan Sosial,Stabili

Dengan demikian, *viral suppression* yang berhasil tidak secara otomatis berarti kualitas hidup pasien telah optimal (Lazarus *et al*., 2021; Rayanakorn *et al*., 2022).

2.8 Dukungan Keluarga dan Dukungan Sosial

Dukungan sosial merupakan salah satu faktor protektif yang sangat penting bagi orang yang hidup dengan HIV. Dukungan sosial dapat berasal dari pasangan, keluarga, teman, tenaga kesehatan, kelompok sebaya, komunitas, maupun organisasi masyarakat.

Secara umum, dukungan sosial dapat dibedakan menjadi empat bentuk:

1. **Dukungan Emosional:** Perhatian, kasih sayang, penerimaan, empati, dan kesediaan mendengarkan.
2. **Dukungan Informasional:** Pemberian informasi dan saran mengenai penyakit, pengobatan, akses pelayanan, serta cara mengatasi masalah.

3. **Dukungan Instrumental:** Bantuan konkret seperti biaya, transportasi, pengasuhan anak, atau pendampingan saat berobat.
4. **Dukungan Penghargaan:** Penguatan terhadap kemampuan pasien, pengakuan terhadap keberhasilan, serta dorongan untuk mempertahankan perilaku positif.

Dukungan sosial berfungsi sebagai penyangga (*buffer*) terhadap beban psikologis HIV. Kehadiran orang yang dipercaya dapat membantu mengurangi rasa terisolasi, ketakutan, dan ketidakpastian. Individu dengan jejaring sosial yang lebih kuat cenderung memiliki tingkat depresi, kecemasan, dan stres yang lebih rendah dibandingkan individu dengan dukungan sosial terbatas (van der Kooij *et al*., 2021; Waldron *et al*., 2021).

Dukungan Keluarga

Keluarga dapat memiliki dua posisi yang bertolak belakang: menjadi sumber kekuatan utama atau menjadi sumber stigma dan stres. Jika keluarga memberikan penerimaan, pasien memperoleh rasa aman, rasa memiliki, motivasi menjalani pengobatan, dan bantuan praktis harian. Sebaliknya, jika keluarga memberikan reaksi negatif, pasien dapat mengalami rasa malu, rasa bersalah, konflik, dan isolasi (Asrina *et al*., 2023). Oleh sebab itu, edukasi terhadap keluarga merupakan bagian penting dalam pelayanan psikososial HIV.

Dukungan Sebaya (*Peer Support*)

Dukungan sebaya mempunyai karakteristik khusus karena diberikan oleh individu yang memiliki pengalaman hidup serupa. Dalam penelitian Aurpibul *et al*. (2023), sejumlah dewasa muda dengan HIV perinatal menyampaikan kebutuhan besar untuk berbicara dengan orang lain yang

memahami kondisi mereka. Kelompok sebaya memberikan ruang yang aman untuk berbagi pengalaman, mempelajari strategi koping, dan memperoleh rasa bahwa mereka tidak sendirian.

Dukungan sosial yang adekuat menurunkan isolasi, memperkuat koping, meningkatkan penerimaan diri, dan menurunkan beban psikologis, yang secara tidak langsung mendukung kepatuhan terapi (Remien *et al*., 2019).

2.9 Masalah Psikologis yang Sering Menyertai HIV

Orang yang hidup dengan HIV mempunyai risiko tinggi mengalami berbagai masalah kesehatan mental. Hubungan antara HIV dan kesehatan mental bersifat kompleks dan berjalan dua arah (*bidirectional*). Remien *et al*. (2019) menegaskan bahwa prevalensi masalah kesehatan mental pada orang yang hidup dengan HIV jauh lebih tinggi dibandingkan populasi umum. Gangguan tersebut dapat mengganggu seluruh rangkaian pelayanan HIV (*HIV care continuum*), mulai dari *linkage to care*, retensi perawatan, kepatuhan ART, hingga pencapaian supresi virus.

Beberapa masalah psikologis utama meliputi:

1. **Kecemasan**

   Kecemasan merupakan salah satu masalah utama pada pasien HIV. Kecemasan dapat berhubungan dengan diagnosis, ketidakpastian perkembangan penyakit, ketakutan akan kematian, pemantauan *viral load*/CD4, efek samping terapi, ketakutan menularkan, pengungkapan status, stigma, hingga masa depan keluarga (Alsadi, 2025; Ninnoni *et al*., 2023). Pada perempuan dengan HIV, tingkat kecemasan dilaporkan

sangat tinggi dan berkaitan erat dengan stigma serta penurunan kualitas hidup (Waldron *et al*., 2021).

2. **Depresi**

   Depresi ditandai oleh perasaan sedih yang menetap, anhedonia (kehilangan minat), kelelahan, gangguan tidur/makan, merasa tidak berharga, hingga ide bunuh diri. Pada perempuan yang hidup dengan HIV, prevalensi depresi lebih tinggi dibandingkan perempuan tanpa HIV atau laki-laki dengan HIV (Waldron *et al*., 2021). Meta-analisis oleh Remien *et al*. (2019) menunjukkan hubungan yang kuat antara depresi dan ketidakpatuhan terhadap ART.

3. **Gangguan Stres Pascatrauma (*Post-Traumatic Stress Disorder* / PTSD)**

   Sebagian pasien HIV memiliki riwayat pengalaman traumatis seperti kekerasan fisik, kekerasan seksual, kekerasan pasangan (*intimate partner violence*), atau pengalaman diskriminasi berat. PTSD muncul dalam bentuk ingatan traumatis berulang (*intrusive thoughts*), penghindaran, kewaspadaan berlebihan (*hyperarousal*), serta gangguan mood (Waldron *et al*., 2021).

4. **Stres Psikologis Kronis**

   Stres timbul akibat tuntutan pengobatan jangka panjang, ketidakpastian kesehatan, masalah ekonomi, stigma, dan tuntutan menjaga kerahasiaan status. Stres berkepanjangan menurunkan kemampuan koping dan meningkatkan kerentanan terhadap kecemasan maupun depresi.

5. **Gangguan Penggunaan Zat (*Substance Use Disorders*)**

   Penggunaan alkohol dan zat terlarang sering digunakan sebagai strategi koping maladaptif terhadap stres dan stigma. Remien *et al*. (2019) melaporkan bahwa gangguan penggunaan zat ditemukan lebih tinggi pada populasi HIV dan berinteraksi negatif terhadap kepatuhan terapi serta kesehatan fisik.

6. **Ide Bunuh Diri dan Perilaku Menyakiti Diri (*Self-Harm*)**

   Keputusasaan yang berat setelah diagnosis dapat berkembang menjadi ide bunuh diri dan *self-harm* (Ninnoni *et al*., 2023). Hal ini menunjukkan pentingnya pengkajian keselamatan pasien (*suicide risk assessment*) sejak dini pada periode pascadiagnosis.

7. **Gangguan Neurokognitif Terkait HIV (*HIV-Associated Neurocognitive Disorders* / HAND)**

   Remien *et al*. (2019) menyebutkan bahwa gangguan neurokognitif masih dapat ditemukan pada sebagian orang dengan HIV meskipun telah mencapai supresi virus. Gangguan ini memengaruhi perhatian, memori, fungsi eksekutif, serta kemampuan pengelolaan diri (*self-management*).

Interaksi antara Faktor Psikologis dan Sosial

Berbagai masalah psikososial yang dialami oleh pasien HIV tidak berdiri sendiri, melainkan saling memengaruhi dalam suatu siklus yang berdampak pada luaran kesehatan:



HIV merupakan kondisi kesehatan yang mempunyai dimensi psikologis dan sosial yang sangat kuat. Meskipun perkembangan terapi telah memungkinkan pasien hidup lebih lama dan sehat, diagnosis HIV tetap dapat memunculkan berbagai respons emosional, mulai dari keterkejutan, penyangkalan, ketakutan, kecemasan, rasa malu, kesedihan, hingga keputusasaan (Alsadi, 2025; Ninnoni *et al*., 2023).

Stigma dan diskriminasi merupakan faktor penting yang memperberat pengalaman tersebut. Stigma lingkungan dapat berkembang menjadi *self-stigma*, menurunkan harga diri, mengganggu penerimaan diri, menyebabkan penarikan diri dari lingkungan sosial, serta berdampak buruk pada kualitas hidup (Asrina *et al*., 2023; van der Kooij *et al*., 2021). Pada saat yang sama, hubungan keluarga, kondisi pekerjaan dan ekonomi, keputusan pengungkapan status, serta ketersediaan dukungan sosial sangat menentukan bagaimana seseorang beradaptasi terhadap HIV (Aurpibul *et al*., 2023; Dean *et al*., 2020; Lyons *et al*., 2025).

Masalah kesehatan mental seperti kecemasan, depresi, PTSD, gangguan penggunaan zat, keputusasaan, dan gangguan neurokognitif perlu dipandang sebagai bagian integral dari pelayanan HIV (Remien *et al*., 2019; Waldron *et al*., 2021). Masalah tersebut bukan hanya berpengaruh terhadap kesejahteraan psikologis, tetapi juga dapat memengaruhi keterlibatan dalam pelayanan kesehatan dan kepatuhan terhadap ART.

Di antara berbagai masalah tersebut, kecemasan mempunyai posisi penting karena dapat muncul sejak saat diagnosis dan terus berubah sepanjang perjalanan hidup pasien. Kecemasan dapat dipicu oleh ketidakpastian perkembangan penyakit, kekhawatiran akan kematian, stigma, diskriminasi, pengungkapan status, hubungan keluarga, pekerjaan, maupun masa depan. Oleh karena itu, pemahaman mengenai kecemasan secara khusus menjadi dasar penting bagi pengkajian dan intervensi keperawatan yang tepat pada bab-bab selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

Alsadi, R. A. (2025). From diagnosis to acceptance: Mental health trajectories in HIV-infected patients. *Universal Journal of Pharmaceutical Research, 10*(2), 79–90. https://doi.org/10.22270/ujpr.v10i2.1324.

Asrina, A., Ikhtiar, M., Idris, F. P., Adam, A., & Alim, A. (2023). Community stigma and discrimination against the incidence of HIV and AIDS. *Journal of Medicine and Life, 16*(9). https://doi.org/10.25122/jml-2023-0171.

Aurpibul, L., Tangmunkongvorakul, A., Detsakunathiwatchara, C., Masurin, S., Srita, A., Meeart, P., & Chueakong, W. (2023). Social effects of HIV disclosure, an ongoing challenge in young adults living with perinatal HIV: A qualitative study. *Frontiers in Public Health, 11*, 1150419. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1150419.

Dean, L. T., Nonyane, B. A. S., Ugoji, C., Visvanathan, K., Jacobson, L. P., & Lau, B. (2020). Economic burden among gay, bisexual, and other men who have sex with men living with HIV or living without HIV in the Multicenter AIDS Cohort Study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 85*, 436–443.

Lyons, C., Syarif, O., Looze, P., Turpin, G., Anoubissi, J. de D., Brion, S., *et al*. (2025). Characterizing tuberculosis diagnosis and the associations with economic instability and employment discrimination among women living with HIV across 11 countries in sub-Saharan Africa: A cross-sectional study. *Journal of the International AIDS Society, 28*, e70022. https://doi.org/10.1002/jia2.70022.

Ninnoni, J. P., Nsatimba, F., Agyemang, S. O., Commey, I. T., Bennin, L., Agyare, E., Gyimah, L., Senya, K., Baddoo, N. A., & Obiri-Yeboah, D. (2023). An exploratory qualitative study of the psychological effects of HIV diagnosis; the need for early involvement of mental health professionals to improve linkage to care. *BMC Public Health, 23*, 2518. https://doi.org/10.1186/s12889-023-17449-y.

Rayanakorn, A., Ong-artborirak, P., Ademi, Z., & Chariyalertsak, S. (2022). Predictors of stigma and health-related quality of life among people living with HIV in Northern Thailand. *AIDS Patient Care and STDs, 36*(5), 186–193. https://doi.org/10.1089/apc.2022.0035.

Remien, R. H., Stirratt, M. J., Nguyen, N., Robbins, R. N., Pala, A. N., & Mellins, C. A. (2019). Mental health and HIV/AIDS: The need for an integrated response. *AIDS, 33*, 1411–1420. https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002227.

van der Kooij, Y. L., Kupková, A., den Daas, C., van den Berk, G. E. L., Kleene, M. J. T., Jansen, H. S. E., Elsenburg, L. J. M., Schenk, L. G., Verboon, P., Brinkman, K., Bos, A. E. R., & Stutterheim, S. E. (2021). Role of self-stigma in pathways from HIV-related stigma to quality of life among people living with HIV. *AIDS Patient Care and STDs, 35*(6), 231–238. https://doi.org/10.1089/apc.2020.0236.

Waldron, E. M., Burnett-Zeigler, I., Wee, V., Ng, Y. W., Koenig, L. J., Pederson, A. B., Tomaszewski, E., & Miller, E. S. (2021). Mental health in women living with HIV: The unique and unmet needs. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care, 20*, 1–18. https://doi.org/10.1177/2325958220985665.

BAGIAN II — KECEMASAN PADA PASIEN HIV

BAB 3
KONSEP DASAR KECEMASAN

Kecemasan merupakan bagian dari pengalaman emosional manusia dan pada tingkat tertentu memiliki fungsi adaptif. Kecemasan dapat muncul ketika individu menghadapi ketidakpastian, perubahan, ancaman terhadap kesehatan, tekanan sosial, maupun berbagai situasi yang dipersepsikan dapat membahayakan dirinya. Dalam kondisi yang proporsional, kecemasan membantu individu meningkatkan kewaspadaan, mempersiapkan diri menghadapi ancaman, dan mengambil tindakan yang diperlukan. Namun, ketika kecemasan menjadi berlebihan, menetap, tidak sebanding dengan ancaman yang sebenarnya, atau mengganggu fungsi kehidupan sehari-hari, respons tersebut dapat berubah menjadi maladaptif.

Penninx *et al*. (2021) menjelaskan bahwa gangguan kecemasan memiliki karakteristik utama berupa rasa takut atau kecemasan yang berlebihan serta perilaku menghindari ancaman yang dipersepsikan. Gangguan tersebut melibatkan interaksi faktor genetik, lingkungan, biologis, dan psikologis, serta dapat menimbulkan gangguan fungsi yang bermakna.

Dalam konteks penyakit kronis, kecemasan menjadi semakin penting karena individu harus hidup dengan ketidakpastian mengenai kondisi kesehatan, kemungkinan kekambuhan atau progresivitas penyakit, kebutuhan terapi jangka panjang, serta berbagai konsekuensi sosial yang mungkin timbul.

Tinjauan sistematis mengenai *health anxiety* menunjukkan bahwa pasien dengan penyakit kronis sering mengalami kekhawatiran terhadap munculnya kembali atau memburuknya gejala, yang melibatkan dimensi emosional, kognitif, perilaku, perseptual, dan fisiologis (Lebel *et al*., 2020).

Pada pasien HIV, pemahaman konsep kecemasan memiliki relevansi khusus. Kecemasan dapat berkaitan dengan kondisi kesehatan, perkembangan penyakit, stigma, pengungkapan status, hubungan interpersonal, serta ketidakpastian masa depan. Meta-analisis Ji *et al*. (2024) memperlihatkan bahwa gangguan kecemasan merupakan masalah yang bermakna pada orang yang hidup dengan HIV/AIDS; dari sepuluh penelitian dengan 238.570 pasien, prevalensi gabungan gangguan kecemasan sebesar 15,5%.

Oleh karena itu, pemahaman mengenai definisi, teori, tingkatan, manifestasi, serta mekanisme koping terhadap kecemasan merupakan dasar penting bagi perawat dalam melakukan pengkajian dan memberikan asuhan kepada pasien HIV.

3.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan (*anxiety*) merupakan keadaan emosional yang ditandai oleh perasaan tidak nyaman, khawatir, tegang, dan adanya antisipasi terhadap kemungkinan ancaman atau bahaya yang dapat terjadi pada masa mendatang.

Penninx *et al*. (2021) membedakan secara konseptual antara *fear* dan *anxiety*. *Fear* merupakan perasaan sadar yang muncul ketika seseorang menghadapi ancaman atau bahaya yang sedang atau segera terjadi (*present-oriented*), sedangkan *anxiety* terutama berkaitan dengan antisipasi terhadap

ancaman masa depan (*future-oriented*), baik ancaman tersebut nyata maupun dibayangkan.

Dalam penelitian mengenai pasien HIV, kecemasan juga digambarkan sebagai pengalaman subjektif yang dapat muncul dalam bentuk kegelisahan, *apprehension* atau kekhawatiran terhadap sesuatu yang belum pasti, ketegangan, rasa takut, serta perasaan bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi (Abdu *et al*., 2025; Ji *et al*., 2024). Pada kondisi yang lebih berat, kecemasan dapat disertai kecenderungan untuk menghindari situasi yang dianggap mengancam hingga munculnya serangan kecemasan (*panic attacks*).

Secara konseptual, kecemasan berkembang ketika individu mengantisipasi adanya ancaman dan menilai bahwa situasi tertentu berpotensi menimbulkan bahaya. Penilaian tersebut selanjutnya memicu respons emosional dan aktivasi fisiologis tubuh yang diikuti perubahan pada proses kognitif dan perilaku. With demikian, kecemasan merupakan respons multidimensional yang melibatkan proses antisipasi terhadap ancaman, penilaian terhadap kemungkinan bahaya, respons emosional dan fisiologis, serta perubahan cara berpikir dan berperilaku dalam menghadapi situasi yang dipersepsikan sebagai ancaman (Mammarella *et al*., 2023).

Kecemasan tidak selalu mempunyai sumber yang jelas. Seseorang dapat merasakan ketegangan dan kekhawatiran meskipun tidak mampu mengidentifikasi secara tepat apa yang mengancam dirinya. Hal ini berbeda dengan rasa takut yang biasanya memiliki objek atau sumber ancaman yang lebih konkret.

Kecemasan juga harus dibedakan antara kecemasan sebagai respons normal dan gangguan kecemasan (*anxiety disorder*). Seseorang dapat mengalami kecemasan sebelum pemeriksaan medis, menghadapi perubahan pekerjaan, atau

menunggu hasil pemeriksaan laboratorium tanpa mengalami gangguan psikologis. Kondisi tersebut masih dapat merupakan bagian dari respons normal terhadap kehidupan.

Sebaliknya, kecemasan memerlukan perhatian klinis apabila intensitasnya tidak proporsional terhadap ancaman, berlangsung menetap, sangat berat, atau mengganggu fungsi sosial, pekerjaan, hubungan interpersonal, tidur, maupun kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari. Penninx *et al*. (2021) menegaskan bahwa perbedaan antara kecemasan normal dan patologis perlu dinilai berdasarkan intensitas, durasi, persistensi, tingkat *distress*, dan dampaknya terhadap fungsi individu.

Dalam konteks penyakit kronis terdapat pula konsep *health anxiety*, yaitu kecemasan yang terfokus pada kondisi kesehatan. *Health anxiety* muncul ketika sensasi atau perubahan tubuh diinterpretasikan sebagai tanda penyakit serius (Lebel *et al*., 2020). Respons tersebut dapat mencakup emosi yang tidak menyenangkan, pikiran mengenai bahaya, peningkatan kewaspadaan terhadap tubuh, serta aktivasi fisiologis.

Konsep ini sangat relevan untuk memahami pasien HIV. Seorang pasien dapat mengalami kecemasan ketika menunggu hasil *viral load*, mengalami gejala baru, mengetahui penurunan CD4, atau mengkhawatirkan perkembangan penyakit. Pada batas tertentu hal tersebut merupakan respons yang dapat dipahami. Namun, apabila kekhawatiran menjadi berlebihan dan mendominasi kehidupan pasien, maka kecemasan tersebut dapat mengganggu kualitas hidup dan pengelolaan penyakit (Ji *et al*., 2024; Lebel *et al*., 2020).

3.2 Teori-Teori tentang Kecemasan

Tidak terdapat satu teori tunggal yang mampu menjelaskan seluruh fenomena kecemasan. Kecemasan merupakan hasil interaksi faktor biologis, psikologis, lingkungan, dan sosial. Literatur kontemporer cenderung menggunakan perspektif biopsikososial untuk menjelaskan bagaimana kecemasan muncul dan dipertahankan.

3.2.1 Perspektif Biologis dan Genetik

Pendekatan biologis menjelaskan bahwa terdapat predisposisi biologis terhadap gangguan kecemasan. Penelitian keluarga dan kembar menunjukkan adanya kontribusi herediter terhadap kecemasan. Kajian Chatzitheodorou *et al*. (2025) menyebutkan bahwa faktor genetik berkontribusi terhadap kerentanan gangguan kecemasan, meskipun manifestasi akhirnya terjadi melalui interaksi antara predisposisi biologis dan faktor lingkungan.

Dengan demikian, faktor genetik bukan berarti seseorang pasti akan mengalami gangguan kecemasan. Genetik memberikan kerentanan (*vulnerability*), sedangkan munculnya kecemasan dipengaruhi pula oleh pengalaman hidup, stres, trauma, kondisi kesehatan, dan pola kognitif.

3.2.2 Perspektif Neurobiologis

Kecemasan berkaitan dengan sistem saraf yang berfungsi mendeteksi dan merespons ancaman. Penninx *et al*. (2021) menjelaskan bahwa gangguan kecemasan melibatkan disfungsi pada sirkuit otak yang merespons bahaya.

Penelitian *neuroimaging* juga menunjukkan keterlibatan beberapa jaringan otak dalam gejala kecemasan dan depresi. Goldstein-Piekarski *et al*. (2022) menemukan bahwa

gangguan konektivitas pada jaringan *salience*, *default mode*, kontrol kognitif, dan jaringan afektif berkaitan dengan *anxious avoidance*, gangguan pemrosesan ancaman, bias emosi negatif, masalah perhatian, dan penurunan fungsi sehari-hari.

Salah satu mekanisme yang banyak dipelajari adalah hubungan antara amigdala dan korteks prefrontal. Aktivasi amigdala yang meningkat terhadap stimulus ancaman serta menurunnya regulasi prefrontal dapat berkontribusi terhadap sensitivitas berlebihan terhadap ancaman (Goldstein-Piekarski *et al*., 2022; Penninx *et al*., 2021).

Dalam kondisi adaptif, sistem ini membantu individu mendeteksi bahaya dengan cepat. Namun, apabila sistem deteksi ancaman menjadi terlalu sensitif atau regulasi kognitif tidak memadai, stimulus yang sebenarnya relatif aman dapat dipersepsikan sebagai sangat mengancam.

3.2.3 Teori Kognitif

Teori kognitif memandang kecemasan sebagai hasil dari cara individu menilai dan menginterpretasikan suatu situasi. Individu yang mengalami kecemasan cenderung:

1. Melebih-lebihkan probabilitas terjadinya bahaya (*overestimation of risk*);
2. Melebih-lebihkan konsekuensi negatif (*catastrophizing*);
3. Meremehkan kemampuan dirinya menghadapi masalah (*underestimation of coping*); serta
4. Meremehkan ketersediaan sumber bantuan eksternal.

Dalam model kognitif *health anxiety*, terdapat empat keyakinan disfungsional yang berkontribusi terhadap kecemasan: persepsi kemungkinan mengalami penyakit,

persepsi beratnya konsekuensi, persepsi ketidakmampuan mengatasi, dan persepsi tidak tersedianya sumber eksternal (Lebel *et al*., 2020). Keyakinan tersebut kemudian meningkatkan perhatian selektif terhadap gejala tubuh, pemantauan tubuh secara berlebihan (*hypervigilance*), pencarian kepastian (*reassurance seeking*), serta respons emosional yang semakin kuat.

Contoh alur pemikiran kognitif pada pasien HIV:

Merasakan kelelahan ringan ⟶ "CD4 saya pasti turun"
⟶ "HIV saya semakin parah"
⟶ "Saya akan segera sakit berat"

↓

Kecemasan meningkat ⟶ Tubuh tegang & jantung berdebar
⟶ Sensasi fisik makin diperhatikan
⟶ Kecemasan makin eskalasi

Dengan demikian, bukan hanya stimulus yang menentukan kecemasan, tetapi makna yang diberikan individu terhadap stimulus tersebut.

3.2.4 Teori Kognitif-Perilaku

Pendekatan kognitif-perilaku menjelaskan bahwa pikiran, emosi, respons fisiologis, dan perilaku saling memengaruhi. Skema atau keyakinan disfungsional dapat menyebabkan individu menilai suatu situasi sebagai sangat berbahaya. Penilaian tersebut memunculkan kecemasan dan kemudian mendorong perilaku tertentu, terutama penghindaran.

Chatzitheodorou *et al*. (2025) menekankan bahwa skema kognitif yang terdistorsi dan keyakinan inti (*core beliefs*) yang disfungsional dapat mempertahankan respons kecemasan serta memengaruhi emosi dan perilaku individu.

Pada pasien HIV, kecemasan dapat muncul ketika individu menghadapi pemeriksaan yang berkaitan dengan perkembangan kondisi kesehatannya, seperti pemeriksaan *viral load*. Menjelang pemeriksaan, pasien mungkin mulai memikirkan kemungkinan memperoleh hasil yang buruk dan mengkhawatirkan konsekuensinya. Pikiran tersebut memicu kecemasan yang disertai respons fisiologis dan psikologis (jantung berdebar, sulit tidur, gelisah).

Pada sebagian pasien, kecemasan yang memuncak mendorong perilaku menghindar, misalnya menunda atau tidak datang untuk menjalani pemeriksaan. Meskipun penghindaran memberikan rasa lega sementara, perilaku tersebut justru mempertahankan bahkan memperkuat kecemasan dalam jangka panjang karena pasien tidak memperoleh kesempatan untuk menghadapi situasi secara adaptif dan membangun pemahaman yang realistis.

3.2.5 Teori Pembelajaran dan Penghindaran

Dari perspektif pembelajaran, kecemasan dapat berkembang dan dipertahankan melalui asosiasi antara situasi tertentu dan pengalaman yang dianggap berbahaya.

Penghindaran (*avoidance*) merupakan salah satu respons penting. Menghindari ancaman nyata dapat bersifat adaptif, tetapi penghindaran menjadi maladaptif apabila individu menghindari situasi yang sebenarnya relatif aman. Ball dan Gunaydin (2022) menjelaskan bahwa penghindaran dapat mengurangi kecemasan dalam jangka pendek, tetapi mempertahankan kecemasan dalam jangka panjang karena individu tidak memperoleh kesempatan untuk belajar bahwa situasi yang ditakuti sebenarnya aman atau dapat diatasi.

Tiga proses neurobehavioral yang mendorong penghindaran maladaptif:

1. Penilaian ancaman yang berlebihan (*overestimation of threat*);
2. Terbentuknya kebiasaan menghindar (*avoidance habit formation*); dan
3. Kecenderungan individual untuk menghindar (*individual trait avoidance*) (Ball & Gunaydin, 2022).

Dalam konteks HIV, perilaku menghindar dapat muncul ketika pasien memiliki kekhawatiran akan mengalami penolakan setelah orang lain mengetahui status HIV-nya. Ketakutan tersebut menyebabkan pasien mengurangi interaksi sosial atau menarik diri. Meskipun memberikan rasa aman sementara, dalam jangka panjang penghindaran justru mempertahankan kecemasan karena pasien kehilangan kesempatan untuk memperoleh pengalaman sosial yang positif dan membuktikan bahwa tidak semua orang memberi respons negatif.

3.3 Kecemasan sebagai Respons Adaptif dan Maladaptif

Kecemasan tidak selalu merupakan kondisi patologis. Kecemasan merupakan bagian dari sistem pertahanan manusia. Penninx *et al*. (2021) menegaskan bahwa baik *fear* maupun *anxiety* pada dasarnya berfungsi mendukung kelangsungan hidup dan sering kali bersifat adaptif.

Kecemasan Adaptif

Kecemasan adaptif terjadi ketika intensitas respons sebanding dengan ancaman dan membantu individu menghadapi situasi. Kecemasan pada tingkat tertentu dapat:

- Meningkatkan kewaspadaan;
- Memusatkan perhatian pada persoalan;
- Meningkatkan motivasi;
- Mempersiapkan tubuh menghadapi ancaman;
- Mendorong pencarian informasi; serta
- Meningkatkan perilaku protektif.

Aktivasi fisiologis dalam jumlah moderat mendukung respons terhadap tuntutan. Mammarella *et al*. (2023) menjelaskan bahwa aktivasi fisiologis yang moderat ketika menghadapi suatu tantangan dapat membantu individu memberikan respons yang sesuai, sedangkan aktivasi yang sangat tinggi justru mengganggu performa.

Kecemasan Maladaptif

Kecemasan menjadi maladaptif ketika:

- intensitasnya jauh lebih besar daripada ancaman aktual;
- berlangsung terus-menerus;
- sulit dikendalikan;
- menyebabkan penderitaan bermakna;
- memunculkan penghindaran yang berlebihan;
- atau mengganggu fungsi sosial, pekerjaan, hubungan, dan aktivitas sehari-hari.

Pada kecemasan maladaptif, individu tidak lagi menggunakan kecemasan untuk mempersiapkan diri menghadapi masalah, melainkan justru semakin kehilangan kemampuan untuk menghadapinya.

Salah satu ciri penting adalah overestimation of threat atau penilaian ancaman yang berlebihan. Individu dapat menganggap situasi yang relatif aman sebagai berbahaya sehingga memilih menghindarinya.



Dalam penyakit kronis, batas antara adaptif dan maladaptif perlu dinilai secara hati-hati. Pasien memang mempunyai alasan rasional untuk memikirkan kondisi kesehatannya. Oleh karena itu, fokus penilaian bukan apakah pasien memiliki kekhawatiran, tetapi apakah kekhawatiran tersebut proporsional, dapat dikendalikan, dan masih memungkinkan pasien menjalankan kehidupannya secara efektif (Lebel *et al*., 2020).

3.4 Tingkat Kecemasan: Ringan, Sedang, Berat, dan Panik

Dalam pendekatan keperawatan, kecemasan digambarkan sebagai suatu kontinuum mulai dari ringan hingga sangat berat/panik. Perlu dibedakan bahwa pembagian ini merupakan kerangka klinis untuk memahami respons kecemasan, sedangkan instrumen tertentu dapat menggunakan kategori tingkat keparahan yang berbeda (misalnya, Beck Anxiety Inventory/BAI mengelompokkan skor menjadi minimal, ringan, sedang, dan berat).

1. **Kecemasan Ringan**

   Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan harian. Seseorang masih mampu memahami situasi secara utuh, berpikir rasional, memecahkan masalah, belajar dari pengalaman, dan menggunakan kecemasan sebagai motivasi. Kecemasan ringan bersifat adaptif karena meningkatkan kesiapan.

2. **Kecemasan Sedang**

   Perhatian mulai terfokus pada sumber ancaman. Individu masih mampu mengikuti arahan, tetapi mengalami penurunan konsentrasi, ketegangan otot, peningkatan denyut jantung, serta kesulitan memproses berbagai hal secara bersamaan.

3. **Kecemasan Berat**

   Kemampuan memproses informasi mengalami penurunan nyata. Individu sangat terfokus pada ancaman dan mengalami kesulitan mengambil keputusan, palpitasi, napas cepat, tremor, gangguan tidur, kegelisahan, dan keinginan kuat untuk menghindar. Manifestasi fisik dapat mencakup

dispnea, diaphoresis, nyeri dada, pusing, parestesia, mual, kelelahan, dan *autonomic arousal* (Penninx *et al*., 2021).

4. **Panik (Kecemasan Sangat Berat)**

   Individu mengalami kehilangan kemampuan mengorganisasi pikiran dan perilaku. Serangan panik (*panic attack*) disertai rasa takut yang sangat intens, perasaan kehilangan kendali, sensasi akan datangnya bahaya besar, palpitasi, sesak napas, berkeringat, nyeri dada, pusing, parestesia, dan keinginan melarikan diri. Penninx *et al*. (2021) menekankan bahwa *panic attack* dapat muncul sebagai fenomena lintas kondisi dan serangan panik terisolasi tidak selalu berarti pasien memiliki *panic disorder*.

3.5 Manifestasi Fisiologis Kecemasan

Kecemasan mengaktifkan sistem fisiologis yang mempersiapkan tubuh menghadapi ancaman. Respons ini terutama melibatkan sistem saraf otonom (saraf simpatis dan parasimpatis).

Ketika ancaman dipersepsikan, tubuh mempersiapkan diri melalui peningkatan kesiagaan. Mammarella *et al*. (2023) menunjukkan bahwa ancaman yang kuat dapat meningkatkan aktivasi simpatis (teramati via peningkatan konduktansi kulit) dan menurunkan aktivitas parasimpatis (berkaitan dengan regulasi variabilitas denyut jantung).

Manifestasi fisiologis meliputi:

- Jantung berdebar (*palpitasi*), napas cepat/pendek;
- Berkeringat (*diaphoresis*), tremor, ketegangan otot;

- Rasa tidak nyaman di dada, pusing, mual, gangguan gastrointestinal;
- Sakit kepala, gangguan tidur, dan rasa lelah (*fatigue*).

Pada gangguan kecemasan umum, sering ditemukan *restlessness*, *fatigue*, *irritability*, kesulitan berkonsentrasi, ketegangan otot, gangguan tidur, dan *autonomic arousal* (Penninx *et al*., 2021).

Manifestasi fisiologis penting dipahami karena dapat menyerupai keluhan penyakit fisik:

Palpitasi ⟶ Dianggap masalah jantung

Sesak napas ⟶ Dianggap masalah respirasi

Pusing ⟶ Dianggap gangguan neurologis

Penninx *et al*. (2021) mengingatkan bahwa pasien dengan serangan panik sering datang ke unit gawat darurat dengan keluhan yang dikira masalah jantung atau pernapasan. Pada pasien HIV, hal ini menjadi lebih kompleks karena keluhan fisiologis dapat benar-benar disebabkan oleh penyakit, efek obat, infeksi oportunistik, komorbiditas, maupun kecemasan. Oleh sebab itu, keluhan fisik tidak boleh secara otomatis dianggap sebagai gejala psikologis sebelum evaluasi medis memadai dilakukan.

3.6 Manifestasi Kognitif dan Emosional

Manifestasi Kognitif

Manifestasi kognitif meliputi kekhawatiran berulang, pikiran mengenai kemungkinan terburuk (*catastrophizing*), kesulitan berkonsentrasi, perhatian selektif terhadap ancaman, kesulitan mengambil keputusan, *rumination*, interpretasi

negatif terhadap sensasi tubuh, dan keraguan terhadap kemampuan diri.

Pada *health anxiety*, perubahan tubuh yang normal dapat diinterpretasikan secara keliru (Lebel *et al*., 2020):

"Saya sedikit demam"
⟶ "Ini pasti tanda HIV saya memburuk"
⟶ "ART saya sudah gagal"
⟶ "Saya akan mengalami AIDS"

Manifestasi Emosional

Manifestasi emosional meliputi perasaan tegang, gelisah, khawatir, takut, mudah tersinggung (*irritability*), merasa tidak aman, frustrasi, merasa kehilangan kontrol, dan antisipasi buruk. Kecemasan juga dapat berinteraksi dengan rasa malu, rasa bersalah, kesedihan, dan kemarahan (Mammarella *et al*., 2023).

Dengan demikian, pengkajian kecemasan tidak cukup hanya menanyakan "apakah pasien merasa cemas?". Perawat perlu mengeksplorasi apa yang dipikirkan pasien, apa yang dirasakannya, apa yang terjadi pada tubuhnya, dan bagaimana hal tersebut memengaruhi perilakunya.

3.7 Manifestasi Perilaku

Kecemasan dapat terlihat dalam bentuk perubahan perilaku, dengan manifestasi paling utama berupa **penghindaran (*avoidance*)**. Ball dan Gunaydin (2022) mendefinisikan *avoidance* sebagai perilaku yang memungkinkan seseorang meminimalkan paparan terhadap stimulus atau situasi yang tidak menyenangkan, mengganggu, atau mengancam.

Bentuk manifestasi perilaku meliputi:

- Menghindari situasi tertentu atau menarik diri dari interaksi sosial;

- Menunda keputusan atau menunda pemeriksaan kesehatan;
- Mencari kepastian secara berulang (*reassurance seeking*);
- Memeriksa kondisi tubuh secara berlebihan (*body checking*);
- Kegelisahan motorik (mondar-mandir, sulit duduk tenang); serta
- Peningkatan penggunaan zat atau ketergantungan berlebihan pada orang lain.

Dalam jangka pendek, *avoidance* memberikan rasa lega sementara (*negative reinforcement*). Namun, jika pola ini berulang, individu kehilangan kesempatan untuk memperoleh pengalaman korektif bahwa ancaman tersebut tidak terjadi. Akibatnya, *avoidance* menjadi mekanisme utama yang mempertahankan kecemasan jangka panjang (Ball & Gunaydin, 2022).

Pada pasien HIV, manifestasi *avoidance* dapat berupa menunda pemeriksaan *viral load*, menghindari klinik karena takut bertemu kerabat, menghindari pembicaraan status HIV, atau menarik diri dari pasangan karena takut ditolak.

3.8 Perbedaan Kecemasan, Stres, Ketakutan, dan Depresi

Istilah kecemasan, stres, ketakutan, dan depresi sering digunakan secara bergantian dalam percakapan sehari-hari, padahal secara konseptual terdapat perbedaan.

Ketakutan (*fear*)

Fear merupakan respons terhadap ancaman yang nyata atau segera terjadi.

Fokusnya adalah:

"Ada sesuatu yang berbahaya sekarang."

Contoh: seseorang takut ketika melihat kendaraan melaju cepat ke arahnya.

Penninx *et al*. menjelaskan bahwa fear muncul sebagai respons sadar terhadap ancaman atau bahaya yang segera terjadi.

Kecemasan (*anxiety*)

Kecemasan lebih berkaitan dengan antisipasi terhadap ancaman masa depan.

Fokusnya adalah:

"Bagaimana jika sesuatu yang buruk terjadi?"

Objek ancaman dapat nyata, belum terjadi, tidak pasti, atau bahkan sulit diidentifikasi.

Stres

Stres merupakan respons terhadap tuntutan atau tekanan yang dirasakan individu melebihi atau menantang sumber daya yang dimilikinya.

Stres biasanya mempunyai stressor yang dapat diidentifikasi, misalnya pekerjaan, masalah keuangan, penyakit, konflik keluarga, atau tuntutan perawatan.

Stres tidak selalu menghasilkan kecemasan, tetapi stresor yang menetap dapat meningkatkan risiko munculnya kecemasan.

Depresi

Depresi terutama berkaitan dengan suasana perasaan sedih, kehilangan minat atau kesenangan, berkurangnya energi, rasa bersalah atau rendah diri, gangguan tidur atau nafsu makan, serta kesulitan berkonsentrasi.

Pada pasien HIV, gejala depresi dan kecemasan sangat sering ditemukan secara komorbid (Tesfaw *et al*., 2016).

3.9 Mekanisme Koping dalam Menghadapi Kecemasan

Koping merupakan proses yang digunakan individu untuk menghadapi tuntutan internal maupun eksternal yang menimbulkan tekanan psikologis.

Koping Adaptif

Koping adaptif membantu individu menghadapi sumber kecemasan tanpa menimbulkan masalah baru. Bentuknya meliputi:

- Mencari informasi akurat & berdiskusi dengan tenaga kesehatan;
- Mencari dukungan sosial/keluarga;
- Pemecahan masalah (*problem solving*);
- Teknik relaksasi, latihan pernapasan, dan *mindfulness*;
- Olahraga/aktivitas fisik & mempertahankan rutinitas; serta
- Membangun pemikiran realistis.

Mencari dukungan, *mindfulness*, relaksasi, dan pandangan positif terbukti berkaitan dengan kesehatan mental serta

kepatuhan pengobatan yang lebih baik pada pasien HIV (Abdu *et al*., 2025; Tesfaw *et al*., 2016).

Koping Maladaptif

Koping maladaptif memberikan rasa lega jangka pendek tetapi berakibat buruk jangka panjang. Contohnya: menghindari masalah, menarik diri, menyangkal kondisi, menggunakan alkohol/zat, menghentikan terapi, *reassurance seeking* berlebihan, dan *body checking* berulang (Ball & Gunaydin, 2022; Lebel *et al*., 2020).

Pada pasien HIV, status HIV merupakan kondisi jangka panjang sehingga tujuan koping bukan menghilangkan seluruh sumber stres, melainkan membantu pasien membangun kemampuan untuk hidup secara efektif bersama kondisi tersebut.

Kecemasan Dalam Konteks Pasien HIV

Relevansi konsep umum kecemasan terhadap populasi HIV didukung oleh berbagai temuan epidemiologis:

- **Degu (2023):** Menemukan prevalensi gangguan kecemasan sebesar 31,7% pada 404 orang dewasa dengan HIV/AIDS di klinik ART.
- **Abdu *et al*. (2025):** Menemukan 28,4% pasien HIV mengalami gejala kecemasan. Faktor pemicu meliputi usia, *HIV disclosure*, gangguan penggunaan alkohol, dan *perceived stigma* yang tinggi.
- **Tesfaw *et al*. (2016):** Menemukan prevalensi kecemasan sebesar 32,4%, di mana *perceived HIV stigma*, jenis kelamin perempuan, status bercerai, dan komorbiditas tuberkulosis berhubungan signifikan dengan kecemasan.

Temuan tersebut menegaskan bahwa kecemasan pada pasien HIV berkembang melalui interaksi kompleks antara **kondisi klinis, persepsi penyakit, stigma, dukungan sosial, dan mekanisme koping**.

DAFTAR PUSTAKA

Abdu, Z., Belayneh, W., Dule, A., Alemu, S. S., Wedajo, L. F., Hajure, M., Tesfaye, G. M., Workneh, Y. A., Gezimu, W., Hussen, M. A., Tefera, B., & Habib, S. (2025). Adult HIV/AIDS patients are more likely to experience anxiety symptoms. *Frontiers in Psychiatry, 16*, 1507020. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1507020.

Ball, T. M., & Gunaydin, L. A. (2022). Measuring maladaptive avoidance: From animal models to clinical anxiety. *Neuropsychopharmacology, 47*, 978–986. https://doi.org/10.1038/s41386-021-01263-4.

Chatzitheodorou, I., Spanakis, P., Pilafas, G., & Louka, P. (2025). Genetics and cognitive-behavioural theory explaining anxiety. *Galore International Journal of Health Sciences and Research, 10*(3). https://doi.org/10.52403/gijhsr.20250301.

Degu, F. S. (2023). Anxiety and depression disorder among adult people living with HIV/AIDS on follow-up at Dessie Public Health Facilities Antiretroviral Therapy Clinics, Northeast Ethiopia: A multicenter cross-sectional study. *The Open AIDS Journal, 17*, e187461362307140. https://doi.org/10.2174/0118746136250239231025074541.

Goldstein-Piekarski, A. N., Ball, T. M., Samara, Z., Staveland, B. R., Keller, A. S., Fleming, S. L., Grisanzio, K. A., Holt-Gosselin, B., Stetz, P., Ma, J., & Williams, L. M. (2022). Mapping neural circuit biotypes to symptoms and behavioral dimensions of depression and anxiety. *Biological Psychiatry, 91*, 561–571. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.06.024.

Ji, J., Zhang, Y., Ma, Y., Jia, L., Cai, M., Li, Z., Zhang, T., & Guo, C. (2024). People who living with HIV/AIDS also have a high prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 15*, 1259290. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1259290.

Lebel, S., Mutsaers, B., Tomei, C., Séguin Leclair, C., Jones, G., Petricone-Westwood, D., *et al*. (2020). Health anxiety and illness-related fears across diverse chronic illnesses: A systematic review on conceptualization, measurement, prevalence, course, and correlates. *PLoS ONE, 15*(7), e0234124. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234124.

Mammarella, I. C., Caviola, S., Rossi, S., Patron, E., & Palomba, D. (2023). Multidimensional components of (state) mathematics anxiety: Behavioral, cognitive, emotional, and psychophysiological consequences. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1523*, 91–103. https://doi.org/10.1111/nyas.14982.

Penninx, B. W. J. H., Pine, D. S., Holmes, E. A., & Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *The Lancet, 397*(10277), 914–927. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7.

Tesfaw, G., Ayano, G., Awoke, T., Assefa, D., Birhanu, Z., Miheretie, G., & Abebe, G. (2016). Prevalence and correlates of depression and anxiety among patients with HIV on follow-up at Alert Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Psychiatry, 16*, 368. https://doi.org/10.1186/s12888-016-1037-9.

BAB 4
KECEMASAN PADA PASIEN HIV

Kemajuan terapi antiretroviral (*antiretroviral therapy* / ART) telah mengubah perjalanan HIV secara mendasar. Orang yang hidup dengan HIV kini dapat menjalani kehidupan dalam jangka panjang dengan kondisi penyakit yang terkontrol. Namun, perubahan HIV menjadi penyakit kronis tidak berarti bahwa beban psikologis yang menyertainya telah menghilang. Sebaliknya, sebagian pasien harus menjalani proses adaptasi yang panjang terhadap penyakit, terapi, identitas diri, hubungan sosial, serta berbagai ketidakpastian mengenai masa depan (Alsadi, 2025; Bedert *et al*., 2024).

Kecemasan merupakan salah satu masalah psikologis yang penting pada orang yang hidup dengan HIV. Meta-analisis Ji *et al*. (2024) yang melibatkan sepuluh penelitian dengan total 238.570 pasien menemukan prevalensi gabungan gangguan kecemasan sebesar 15,5% pada orang yang hidup dengan HIV/AIDS. Temuan tersebut menunjukkan bahwa kecemasan merupakan masalah kesehatan mental yang bermakna dalam populasi ini.

Kecemasan pada pasien HIV tidak dapat dijelaskan hanya sebagai reaksi terhadap keberadaan virus secara biologis. Pengalaman kecemasan merupakan hasil interaksi antara kondisi klinis dengan interpretasi pasien terhadap penyakit, stigma masyarakat, ketidakpastian perkembangan penyakit, kekhawatiran tentang pengobatan, hubungan keluarga dan pasangan, pengungkapan status HIV (*disclosure*), risiko

penularan, pekerjaan, kondisi ekonomi, serta masa depan (Evangeli & Wroe, 2017; Rueda *et al*., 2016).

Penelitian longitudinal Huang *et al*. (2018) memperlihatkan bahwa orang yang baru didiagnosis HIV mengalami berbagai stresor yang menetap bahkan sampai satu tahun setelah diagnosis. Persoalan yang paling menonjol mencakup kerahasiaan status, *disclosure*, *distress* emosional, ketakutan menularkan HIV kepada orang lain, perhatian berlebihan terhadap fungsi tubuh, stigma, dan diskriminasi.

Dengan demikian, memahami kecemasan pada pasien HIV membutuhkan pendekatan biopsikososial. Kecemasan perlu dilihat bukan semata-mata sebagai gejala psikologis, tetapi sebagai respons individu terhadap berbagai ancaman aktual maupun yang dipersepsikan selama menjalani kehidupan dengan HIV.

4.1 Pengertian Kecemasan dalam Konteks HIV

Kecemasan dalam konteks HIV dapat dipahami sebagai keadaan emosional yang ditandai oleh kekhawatiran, ketegangan, rasa takut, dan antisipasi terhadap berbagai kemungkinan negatif yang berkaitan dengan kondisi HIV dan konsekuensinya terhadap kehidupan individu.

Berbeda dengan kecemasan umum, kecemasan pada pasien HIV mempunyai sejumlah sumber ancaman yang khas:

- **Dimensi Biologis:** Perkembangan penyakit dan komorbiditas.
- **Dimensi Terapeutik:** Efek samping obat, kepatuhan, atau kegagalan terapi.

- **Dimensi Psikologis:** Ketakutan akan kematian dan kehilangan kontrol atas kehidupan.
- **Dimensi Sosial:** Stigma, diskriminasi, penolakan interpersonal, dan risiko *disclosure*.

Dalam penelitian Ninnoni *et al*. (2023), kecemasan terhadap dampak penyakit terhadap diri sendiri, keluarga, dan masyarakat muncul sebagai salah satu tema utama setelah diagnosis HIV. Kecemasan tersebut dikaitkan erat dengan stigma, rasa takut, kekhawatiran, keterkejutan, dan rasa malu.

Kondisi HIV merupakan sumber tekanan mendasar, tetapi tingkat kecemasan yang dialami pasien sangat dipengaruhi oleh bagaimana pasien memahami dan memaknai diagnosis tersebut, ketidakpastian mengenai perkembangan penyakit, pengalaman stigma, kualitas hubungan interpersonal, serta tuntutan menjalani pengobatan jangka panjang. Interaksi berbagai faktor tersebut menyebabkan pengalaman kecemasan bersifat individual. Dua pasien dengan kondisi klinis yang relatif sama dapat menunjukkan tingkat dan bentuk kecemasan yang berbeda karena memiliki persepsi penyakit, pengalaman sosial, sumber dukungan, dan kemampuan koping yang berbeda.

Kecemasan pasien tidak selalu bersifat patologis. Kekhawatiran mengenai kesehatan, pengobatan, atau pasangan dapat merupakan respons yang realistis. Namun, apabila kekhawatiran menjadi berlebihan, menetap, sulit dikendalikan, mengganggu tidur, konsentrasi, hubungan sosial, pekerjaan, atau kepatuhan terhadap terapi, maka kecemasan tersebut menimbulkan masalah klinis.

Kecemasan pada HIV juga dapat berubah dari waktu ke waktu. Pada saat diagnosis, kecemasan berpusat pada kematian dan penerimaan keluarga. Setelah terapi berjalan, fokus

kecemasan bergeser ke *viral load*, kepatuhan, efek samping, *disclosure*, relasi pasangan, reproduksi, pekerjaan, dan masa depan. Oleh sebab itu, kecemasan pada pasien HIV merupakan suatu fenomena yang dinamis.

4.2 Proses Terjadinya Kecemasan setelah Diagnosis HIV

Pemberitahuan diagnosis HIV merupakan peristiwa yang menimbulkan perubahan mendadak terhadap persepsi seseorang mengenai dirinya dan kehidupannya. Pasien yang sebelum diagnosis merasa sehat secara tiba-tiba harus menghadapi identitas baru sebagai orang yang hidup dengan penyakit kronis.

Alsadi (2025) menjelaskan bahwa perjalanan psikologis setelah diagnosis HIV tidak berlangsung secara linear. Respons awal dapat berupa *shock*, ketidakpercayaan, rasa takut, kesedihan, dan penyangkalan (*denial*). Ketidakpastian mengenai masa depan dapat menimbulkan perasaan tidak berdaya dan beban psikologis yang kuat.

Proses terjadinya kecemasan dimulai sejak individu menerima diagnosis dan memberikan makna tertentu terhadap kondisi tersebut:

Pemberitahuan Diagnosis
⟶ Pemberian Makna (Persepsi Ancaman)
⟶ Eskalasi Kecemasan & Respons Fisiologis/Kognitif

Tidak semua pasien memberikan makna yang sama terhadap diagnosis. Pasien dengan informasi yang memadai tentang keberhasilan ART mungkin memandang HIV sebagai kondisi kronis yang dapat dikelola. Sebaliknya, pasien yang masih mengasosiasikan HIV dengan AIDS dan kematian dapat

menilai diagnosis sebagai ancaman yang sangat besar (Alsadi, 2025).

Penelitian Ninnoni *et al*. (2023) menunjukkan bahwa respons segera setelah diagnosis mencakup *shock*, malu, takut, dan khawatir. Penyangkalan pada tahap awal dapat membantu individu melindungi dirinya sementara dari dampak emosional. Namun, jika berlangsung terlalu lama, penyangkalan dapat menyebabkan pasien menunda mencari pertolongan atau memulai pengobatan.

Kecemasan juga dapat berlanjut setelah fase awal diagnosis. Huang *et al*. (2018) menemukan bahwa orang dengan HIV tetap mengalami berbagai stresor terkait penyakit satu tahun setelah didiagnosis. Hal ini menunjukkan bahwa adaptasi terhadap HIV merupakan proses berkelanjutan, dan periode setelah diagnosis merupakan kesempatan penting bagi perawat untuk melakukan pengkajian psikologis serta membantu pasien membangun interpretasi yang realistis.

4.3 Kecemasan terhadap Kondisi Kesehatan dan Perkembangan Penyakit

Salah satu sumber kecemasan utama pada pasien HIV adalah kekhawatiran bahwa penyakit akan berkembang atau kondisi kesehatan akan memburuk. Meskipun telah menggunakan ART, kekhawatiran dapat muncul ketika pasien mengalami perubahan fisik seperti kelelahan, demam, penurunan berat badan, infeksi, atau gangguan tidur.

Pada pasien yang mengalami kecemasan, sensasi fisik ringan diinterpretasikan secara katastrofik:

Kelelahan ringan ⟶ "CD4 saya turun" ⟶ "ART saya gagal" ⟶ "HIV berkembang jadi AIDS"

Rangkaian interpretasi negatif ini meningkatkan persepsi ancaman dan memperberat kecemasan. Huang *et al*. (2018) menemukan bahwa perhatian berlebihan terhadap fungsi dan gejala fisik (*somatic anxiety/hypervigilance*) merupakan salah satu stresor penting pada pasien HIV yang baru didiagnosis. Fenomena ini memiliki kesamaan dengan konsep *health anxiety*.

Namun, pada pasien HIV, pengkajian perlu dilakukan secara hati-hati. Tidak semua kekhawatiran terhadap kondisi fisik merupakan kecemasan irasional. Gejala dapat benar-benar berasal dari HIV, infeksi oportunistik, efek samping terapi, atau komorbiditas. Evaluasi medis perlu dilakukan terlebih dahulu untuk memastikan kemungkinan penyebab organik.

Kecemasan terhadap perkembangan penyakit juga dipicu oleh pemeriksaan laboratorium. Menunggu hasil *viral load*, jumlah CD4, atau pemeriksaan infeksi oportunistik menjadi periode penuh ketidakpastian (*anticipatory anxiety*). Huang *et al*. (2018) menemukan bahwa pasien dengan gejala HIV mempunyai tingkat stres yang lebih tinggi daripada pasien asimtomatik.

4.4 Kecemasan terhadap Kematian

Secara historis, HIV sangat erat diasosiasikan dengan AIDS dan kematian. Walaupun ART telah mengubah prognosis secara drastis, representasi HIV sebagai penyakit fatal masih bertahan dalam pikiran sebagian pasien maupun masyarakat.

Ninnoni *et al*. (2023) menemukan bahwa rasa takut setelah diagnosis HIV berkaitan erat dengan ketakutan terhadap kematian. Pasien sering memikirkan pertanyaan eksistensial:

- *"Berapa lama lagi saya akan hidup?"*

- *"Apakah saya akan mengalami AIDS?"*
- *"Siapa yang akan merawat dan memenuhi kebutuhan anak-anak saya?"*

Ketakutan terhadap kematian pada pasien HIV mencakup berbagai kekhawatiran mengenai proses dan konsekuensi yang mungkin menyertainya: rasa takut mengalami sakit berat, penurunan kemampuan fisik, kehilangan kemandirian, serta keberlangsungan ekonomi keluarga jika pasien merupakan pencari nafkah utama (Huang *et al*., 2018; Ninnoni *et al*., 2023).

Alsadi (2025) menggambarkan bahwa kecemasan setelah diagnosis dapat melibatkan pikiran obsesif mengenai mortalitas ketika pasien tidak yakin mengenai harapan hidupnya. Penting bagi perawat untuk membedakan antara ketakutan kematian adaptif dengan keputusasaan (*hopelessness*) yang mengarah pada ide bunuh diri. Ninnoni *et al*. (2023) melaporkan bahwa sebagian pasien menunjukkan *hopelessness* setelah diagnosis yang ditandai oleh ide bunuh diri, perencanaan bunuh diri, dan perilaku menyakiti diri (*self-harm*).

4.5 Kecemasan Terkait Terapi dan Efek Samping Pengobatan

ART merupakan komponen utama pengelolaan HIV yang harus dijalani secara seumur hidup. Kewajiban menjalani pengobatan jangka panjang dapat menjadi sumber kecemasan tersendiri (Huang *et al*., 2018).

Kecemasan mengenai terapi dapat muncul dalam beberapa bentuk:

1. **Kecemasan terhadap Efek Samping:**

   Pasien mengantisipasi mual, gangguan tidur, atau perubahan fisik. Bedert *et al*. (2024) mencatat bahwa dalam pelayanan kontemporer, efek samping berat telah jauh berkurang dibanding era ART awal, tetapi kekhawatiran antisipatif pasien tetap memerlukan edukasi yang memadai.

2. **Kecemasan mengenai Kepatuhan (*Adherence Anxiety*):**

   Ketakutan berlebihan terhadap satu dosis yang terlupa dapat menyebabkan pasien memeriksa waktu secara kompulsif. Sebaliknya, kecemasan terhadap stigma membuat pasien menyembunyikan obat atau melewatkan dosis agar statusnya tidak diketahui orang lain (Evangeli & Wroe, 2017).

3. **Kecemasan mengenai Interaksi Obat:**

   Pada pasien yang membutuhkan terapi psikiatri atau komorbiditas lain, kekhawatiran muncul mengenai keamanan kombinasi obat. Keterbukaan informasi dan pemantauan dari tenaga kesehatan sangat penting untuk membangun kepercayaan terhadap terapi.

4.6 Kecemasan terhadap Stigma dan Diskriminasi

Stigma merupakan salah satu sumber kecemasan paling khas pada pasien HIV. Kecemasan tidak hanya muncul ketika diskriminasi terjadi (*enacted stigma*), tetapi juga ketika pasien

mengantisipasi kemungkinan diskriminasi (*anticipated stigma*).

Rueda *et al*. (2016), melalui meta-analisis terhadap 64 penelitian, menunjukkan bahwa stigma HIV berkaitan secara signifikan dengan depresi, dukungan sosial yang lebih rendah, kepatuhan ART yang lebih buruk, serta hambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan.

Stigma membentuk siklus psikososial yang memperberat kecemasan:

Stigma Masyarakat ⟶ Anticipated Stigma
⟶ Penyembunyian Status
⟶ Keterbatasan Dukungan Sosial
⟶ Isolasi & Kecemasan

Stigma yang diinternalisasi (*self-stigma*) juga berperan penting. Penelitian Wendt *et al*. (2022) pada 1.666 orang yang hidup dengan HIV menunjukkan bahwa *self-stigma* berhubungan kuat dengan meningkatnya kemungkinan gejala kecemasan yang bermakna secara klinis.

4.7 Kecemasan dalam Hubungan Pasangan dan Keluarga

Hubungan pasangan dan keluarga dapat menjadi sumber dukungan terbesar sekaligus sumber kecemasan terbesar. Setelah diagnosis, pasien menghadapi dilema mengenai *disclosure*:

- *"Apakah pasangan akan meninggalkan dan menuduh saya tidak setia?"*
- *"Apakah keluarga akan menolak atau menyalahkan saya?"*

- *"Bagaimana jika mereka memberitahukan status saya kepada orang lain?"*

Dalam hubungan seksual, rasa tanggung jawab kepada pasangan dan kekhawatiran mengenai penularan virus menjadi pemicu utama kecemasan (Evangeli & Wroe, 2017). Pasien berada dalam konflik antara kebutuhan untuk jujur dengan kebutuhan melindungi diri dari penolakan.

Penelitian Ninnoni *et al*. (2023) menemukan bahwa banyak pasien memilih menyembunyikan diagnosis dari keluarga dan teman karena takut akan stigma dan penolakan sosial. Oleh karena itu, dukungan keluarga perlu dinilai berdasarkan kualitas penerimaan, keterbukaan komunikasi, dan rasa aman di dalam hubungan tersebut.

4.8 Kecemasan Mengenai Pengungkapan Status HIV (Disclosure)

HIV disclosure berarti memberitahukan status HIV kepada orang lain (pasangan, keluarga, teman, atau rekan kerja). Evangeli dan Wroe (2017) melakukan *systematic review* terhadap 119 penelitian mengenai *HIV disclosure anxiety* dan menemukan bahwa kecemasan ini dipengaruhi oleh persepsi risiko interpersonal.

Dalam model kognitif *HIV disclosure anxiety*, tingkat kecemasan ditentukan oleh penilaian pasien:

$$\text{Tingkat Kecemasan Disclosure} = f(\text{Persepsi Probabilitas Penolakan} \times \text{Persepsi Tingkat Keparahan Dampak Penolakan})$$

Kecemasan *disclosure* yang tinggi dapat mendorong perilaku *avoidance*, seperti menunda pengobatan, menyembunyikan obat, atau menarik diri dari lingkungan sosial (Evangeli & Wroe, 2017). Tujuan pelayanan keperawatan adalah membantu pasien membuat keputusan *disclosure* yang aman, terencana, dan terukur.

4.9 Kecemasan terhadap Penularan HIV kepada Orang Lain

Ketakutan menularkan virus kepada pasangan seksual, anak, atau keluarga merupakan stresor yang khas dan menetap (Huang *et al*., 2018). Kekhawatiran ini bersumber dari rasa tanggung jawab, tetapi sering diperberat oleh mispersepsi mengenai cara penularan.

Pada perempuan usia reproduktif, kecemasan mencakup kemungkinan transmisi perinatal serta *judgement* negatif masyarakat terhadap keinginan untuk memiliki anak.

- **Bentuk Adaptif:** Mendorong penggunaan kondom, kepatuhan ART hingga *viral load* tidak terdeteksi ($U = U$), dan perawatan antenatal.
- **Bentuk Maladaptif:** Menyebabkan penghindaran total dari hubungan intim, penolakan untuk berkeluarga, dan rasa bersalah berlebihan yang menetap (Evangeli & Wroe, 2017).

4.10 Kecemasan Terkait Masa Depan, Pekerjaan, dan Kehidupan Sosial

Diagnosis HIV memicu kecemasan eksistensial mengenai arah dan tujuan hidup (Alsadi, 2025). Pasien sering mengkhawatirkan keberlangsungan karier, stabilitas ekonomi, dan hubungan sosial:

1. **Kecemasan Pekerjaan:** Ketakutan kehilangan pekerjaan, penundaan promosi, atau perlakuan diskriminatif di tempat kerja akibat *anticipated stigma* (Huang *et al*., 2018).
2. **Kecemasan Ekonomi:** Ketidakpastian mengenai biaya hidup, transportasi fasilitas kesehatan, dan kemampuan bekerja (Huang *et al*., 2018).
3. **Kecemasan Kehidupan Sosial:** Penarikan diri dari aktivitas komunitas dan interaksi dengan teman agar status kesehatan tetap tersembunyi (Evangeli & Wroe, 2017).

Hubungan Antara Berbagai Sumber Kecemasan pada Pasien HIV

Huang *et al*. (2018) mengelompokkan stres terkait HIV menjadi tiga dimensi utama:

- **Dimensi Sosial:** *Disclosure*, kerahasiaan, aktivitas seksual, stigma, diskriminasi.
- **Dimensi Emosional:** Hubungan interpersonal, isolasi, kehilangan, *distress*.
- **Dimensi Instrumental:** Masalah finansial, transportasi, pekerjaan, sistem pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

Alsadi, R. A. (2025). From diagnosis to acceptance: Mental health trajectories in HIV-infected patients. *Universal Journal of Pharmaceutical Research, 10*(2), 79–90. https://doi.org/10.22270/ujpr.v10i2.1324.

Aurpibul, L., Tangmunkongvorakul, A., Detsakunathiwatchara, C., Masurin, S., Srita, A., Meeart, P., & Chueakong, W. (2023). Social effects of HIV disclosure, an ongoing challenge in young adults living with perinatal HIV: A qualitative study. *Frontiers in Public Health, 11*, 1150419. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1150419.

Evangeli, M., & Wroe, A. L. (2017). HIV disclosure anxiety: A systematic review and theoretical synthesis. *AIDS and Behavior, 21*, 1–11. https://doi.org/10.1007/s10461-016-1453-3.

Huang, Y., Luo, D., Chen, X., Zhang, D., Huang, Z., & Xiao, S. (2020). HIV-related stress experienced by newly diagnosed people living with HIV in China: A 1-year longitudinal study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(8), 2681.

Ji, J., Zhang, Y., Ma, Y., Jia, L., Cai, M., Li, Z., Zhang, T., & Guo, C. (2024). People who living with HIV/AIDS also have a high prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 15*, 1259290. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1259290.

Ninnoni, J. P., Nsatimba, F., Agyemang, S. O., Commey, I. T., Bennin, L., Agyare, E., Gyimah, L., Senya, K., Baddoo, N. A., & Obiri-Yeboah, D. (2023). An exploratory qualitative study of the psychological effects of HIV diagnosis; the need for early involvement of mental health professionals to improve linkage to care. *BMC Public Health, 23*, 2518. https://doi.org/10.1186/s12889-023-17449-y.

Rueda, S., Mitra, S., Chen, S., Gogolishvili, D., Globerman, J., Chambers, L., Wilson, M., Logie, C. H., Shi, Q., Morassaei, S., & Rourke, S. B. (2016). Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: A series of meta-analyses. *BMJ Open, 6*, e011453. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011453.

Wendt, G. W., Chaves, L. W., & Costa, A. B. (2025). Exploring the influence of age, gender, stigma, and years living with HIV on mental health outcomes. *HIV Medicine, 26*, 1684–1693. https://doi.org/10.1111/hiv.70098.

BAB 5

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KECEMASAN PADA PASIEN HIV

Kecemasan pada orang yang hidup dengan HIV merupakan fenomena multifaktorial. Tidak terdapat satu karakteristik tunggal yang dapat menjelaskan mengapa seorang pasien mengalami kecemasan sementara pasien lain dengan kondisi klinis yang relatif sama tidak mengalaminya. Respons psikologis terhadap HIV terbentuk melalui interaksi antara faktor individu, perkembangan, sosial, ekonomi, klinis, terapi, stigma, dukungan interpersonal, serta kapasitas psikologis pasien dalam menghadapi penyakit (Ji *et al*., 2024).

Berbagai penelitian memperlihatkan bahwa faktor yang berhubungan dengan kecemasan pada pasien HIV tidak selalu merupakan indikator keparahan penyakit secara biologis. Pada penelitian besar terhadap pasien HIV yang telah mendapatkan terapi di China, misalnya, faktor psikologis dan sosiodemografis lebih menonjol dalam kaitannya dengan kecemasan dan depresi dibandingkan sejumlah indikator klinis HIV seperti *viral load* dan jumlah CD4 saat pemeriksaan (Huang *et al*., 2018).

Sebaliknya, penelitian di populasi lain menunjukkan bahwa *detectable viral load*, komorbiditas tuberkulosis, kepatuhan ART, stigma, usia, status perkawinan, dan dukungan sosial

dapat berhubungan dengan kecemasan (Abdu *et al*., 2025; Akuratiyage *et al*., 2025; Tesfaw *et al*., 2016). Perbedaan hasil tersebut menunjukkan bahwa faktor kecemasan pada pasien HIV bersifat kontekstual dan dipengaruhi karakteristik populasi serta lingkungan sosial.

Oleh sebab itu, dalam praktik keperawatan faktor-faktor berikut sebaiknya tidak dipandang sebagai penyebab yang berdiri sendiri, melainkan sebagai komponen dalam suatu jaringan risiko dan proteksi.

5.1 Faktor Usia dan Tahap Perkembangan

Usia dapat memengaruhi kecemasan karena setiap tahap kehidupan menghadirkan tugas perkembangan dan tuntutan sosial yang berbeda.

Pada usia dewasa muda, HIV dapat muncul ketika seseorang sedang membangun pendidikan, karier, hubungan pasangan, pernikahan, dan rencana mempunyai anak. Diagnosis HIV pada periode tersebut dapat menimbulkan ketidakpastian yang besar terhadap masa depan.

Beberapa penelitian menunjukkan kecenderungan kecemasan lebih tinggi pada kelompok usia yang lebih muda. Penelitian Abdu *et al*. (2025) menemukan bahwa usia 25–40 tahun termasuk faktor yang berhubungan secara signifikan dengan kecemasan pada orang yang hidup dengan HIV. Penelitian Ahmed *et al*. (2021) juga menemukan usia muda berkaitan dengan kemungkinan kecemasan yang lebih tinggi. Sementara itu, Camara *et al*. (2020) melaporkan bahwa pasien berusia kurang dari 40 tahun memiliki kemungkinan lebih tinggi mengalami kecemasan dibandingkan kelompok usia yang lebih tua.

Temuan tersebut dapat dipahami dari perspektif perkembangan individu. Pasien HIV yang berusia lebih muda umumnya masih berada pada tahap kehidupan yang ditandai oleh berbagai pencapaian dan perencanaan masa depan. Pada periode ini, individu mungkin sedang menyelesaikan pendidikan, membangun karier, mencari atau mempertahankan pekerjaan, membentuk hubungan dengan pasangan, merencanakan pernikahan dan kehidupan keluarga, serta mempertimbangkan keinginan untuk memiliki keturunan.

Diagnosis HIV dapat dipersepsikan sebagai ancaman terhadap berbagai rencana tersebut dan menimbulkan kekhawatiran mengenai kemampuan untuk mencapai tujuan kehidupan yang sebelumnya telah direncanakan. Selain itu, ketakutan terhadap penolakan pasangan, stigma, diskriminasi, dan penerimaan sosial dapat semakin memperkuat ketidakpastian mengenai masa depan (Ahmed *et al*., 2021; Huang *et al*., 2020).

Oleh karena itu, kecemasan pada pasien HIV yang lebih muda perlu dipahami tidak hanya dalam kaitannya dengan kondisi kesehatan, tetapi juga dengan kekhawatiran bahwa HIV dapat memengaruhi pencapaian tugas perkembangan, hubungan interpersonal, kehidupan reproduksi, peran sosial, serta kesempatan untuk membangun kehidupan yang diharapkan pada masa mendatang. Selain itu, pasien muda dapat mempunyai pengalaman yang lebih terbatas dalam menghadapi penyakit kronis dan ketidakpastian kehidupan sehingga kemampuan adaptasi masih berkembang.

Namun, usia lanjut juga memiliki tantangan tersendiri. Bertambahnya jumlah orang berusia 50 tahun atau lebih yang hidup dengan HIV menyebabkan munculnya kebutuhan yang berbeda, antara lain pengelolaan HIV bersama penyakit

kronis lainnya, kebutuhan pelayanan jangka panjang, kekhawatiran menjadi beban keluarga, serta persoalan ekonomi dan keamanan (UNAIDS, 2014).

Dengan demikian, usia sebaiknya tidak ditafsirkan secara sederhana sebagai "usia muda berisiko, usia tua tidak berisiko". Yang lebih penting adalah memahami tugas perkembangan dan stresor spesifik pada setiap tahap kehidupan.

5.2 Jenis Kelamin

Jenis kelamin dan gender dapat memengaruhi pengalaman kecemasan melalui kombinasi faktor biologis, psikologis, sosial, dan struktural.

Pada beberapa penelitian, perempuan yang hidup dengan HIV mempunyai kemungkinan lebih tinggi mengalami kecemasan. Tesfaw *et al*. (2016) menemukan bahwa perempuan memiliki kemungkinan mengalami kecemasan sekitar tiga kali lebih tinggi dibandingkan laki-laki dalam populasi yang mereka teliti. Penelitian di Sri Lanka oleh Akuratiyage *et al*. (2025) juga menemukan hubungan antara jenis kelamin perempuan dan kecemasan pada analisis univariat.

Namun, hasil penelitian tidak selalu konsisten. Huang *et al*. (2018) dalam penelitian terhadap lebih dari 4.000 pasien HIV di China tidak menemukan hubungan antara jenis kelamin dengan kecemasan dalam model yang digunakan.

Perbedaan tersebut menunjukkan bahwa jenis kelamin kemungkinan berinteraksi dengan faktor sosial lainnya. Pada perempuan, beban psikologis dapat diperkuat oleh:

- Tanggung jawab pengasuhan;

- Kesehatan reproduksi;
- Ketakutan terhadap transmisi perinatal;
- Kekerasan pasangan;
- Ketergantungan ekonomi; dan
- Stigma berlapis.

Pada populasi transgender dan kelompok minoritas gender, tekanan akibat diskriminasi ganda juga perlu diperhatikan. Dengan demikian, gender sebaiknya dipahami sebagai faktor yang berinteraksi dengan peran sosial, stigma, hubungan pasangan, keamanan, akses sumber daya, dan posisi sosial individu.

5.3 Pendidikan dan Pengetahuan tentang HIV

Pendidikan dapat memengaruhi kemampuan pasien dalam memahami penyakit, memperoleh informasi kesehatan, menilai risiko, serta mengambil keputusan terkait terapi.

Ahmed *et al*. (2021) menemukan bahwa tidak memiliki pendidikan formal merupakan faktor yang sangat kuat terkait kecemasan pada populasi pasien HIV yang mereka teliti. Tingkat pendidikan yang lebih rendah dapat berhubungan dengan keterbatasan literasi kesehatan. Pasien mungkin mengalami kesulitan memahami:

- Perjalanan HIV;
- Tujuan ART;
- Arti *viral load* dan CD4;
- Cara penularan;
- Risiko sebenarnya dari aktivitas sehari-hari; serta

- Prognosis pada era terapi modern.

Kurangnya pengetahuan dan pemahaman yang tepat mengenai HIV dapat meningkatkan risiko munculnya interpretasi yang keliru terhadap penyakit dan pada akhirnya memperberat kecemasan. Ketika pasien memperoleh informasi yang tidak memadai, HIV dapat dipersepsikan selalu identik dengan AIDS, sedangkan AIDS kemudian dipahami sebagai kondisi yang pasti menyebabkan kematian dalam waktu singkat.

Pemahaman yang tidak tepat tersebut dapat meningkatkan persepsi ancaman terhadap kesehatan dan masa depan sehingga kecemasan menjadi semakin kuat. Namun, tingkat pendidikan formal tidak selalu mencerminkan tingkat pemahaman seseorang mengenai HIV.

Pasien dengan tingkat pendidikan yang tinggi sekalipun masih dapat memiliki pengetahuan yang tidak akurat mengenai perjalanan penyakit, penularan, pengobatan, maupun prognosis HIV. Oleh karena itu, dalam praktik keperawatan, pengkajian sebaiknya tidak hanya berfokus pada tingkat pendidikan formal, tetapi juga menilai literasi kesehatan aktual pasien, yaitu sejauh mana pasien mampu memperoleh, memahami, menilai, dan menggunakan informasi kesehatan untuk mengambil keputusan yang tepat. Pemahaman yang benar mengenai cara penularan HIV, efektivitas terapi antiretroviral (ART), prognosis pada era pengobatan modern, serta makna hasil pemeriksaan seperti CD4 dan *viral load* dapat membantu mengoreksi persepsi yang keliru, mengurangi ketidakpastian, dan pada akhirnya menurunkan kecemasan yang bersumber dari informasi yang tidak tepat.

5.4 Status Perkawinan dan Kondisi Keluarga

Status perkawinan mempunyai hubungan yang kompleks dengan kesehatan psikologis pasien HIV.

Dalam penelitian Tesfaw *et al*. (2016), status bercerai secara signifikan berhubungan dengan kecemasan. Penelitian Akuratiyage *et al*. (2025) di Sri Lanka juga menemukan hubungan antara status perkawinan dan kecemasan pada analisis univariat.

Namun, menikah tidak otomatis menjadi faktor protektif. Pasien yang menikah mempunyai potensi memperoleh dukungan dari pasangan, tetapi juga menghadapi sejumlah kekhawatiran khusus:

- *Disclosure* kepada pasangan;
- Risiko penularan;
- Kondisi pasangan;
- Hubungan seksual;
- Rencana mempunyai anak;
- Kemungkinan konflik atau penolakan; serta
- Tanggung jawab terhadap keluarga.

Penelitian longitudinal Huang *et al*. (2020) mengenai stres setelah diagnosis HIV menemukan bahwa individu yang menikah dan tidak tinggal sendiri menunjukkan tingkat stres yang lebih tinggi dalam konteks tertentu, kemungkinan karena mereka menghadapi tuntutan *disclosure*, kerahasiaan, dan kekhawatiran mengenai penularan kepada orang lain.

Dengan demikian, status perkawinan berbeda dari kualitas hubungan perkawinan. Dua pasien yang sama-sama menikah dapat memiliki kondisi psikologis yang sangat berbeda

apabila pasien pertama memperoleh penerimaan penuh dari pasangan sedangkan pasien kedua hidup dalam hubungan penuh konflik dan takut statusnya diketahui.

Dalam pengkajian keperawatan, pertanyaan sebaiknya tidak hanya berbunyi:

"Apakah pasien menikah?"

tetapi berkembang menjadi:

"Bagaimana kualitas hubungan dengan pasangan?"

"Apakah pasangan mengetahui status HIV?"

"Apakah pasien merasa aman?"

"Siapa yang menjadi sumber dukungan utama pasien?"

5.5 Kondisi Ekonomi dan Pekerjaan

Kondisi ekonomi mempunyai pengaruh penting terhadap kemampuan pasien menjalani kehidupan dengan HIV.

Pendapatan yang rendah dapat meningkatkan kecemasan melalui ketidakpastian mengenai kebutuhan dasar, biaya transportasi, pemeriksaan kesehatan, tanggung jawab keluarga, dan stabilitas pekerjaan. Penelitian Huang *et al*. (2020) menunjukkan bahwa penghasilan yang lebih rendah berhubungan dengan stres terkait HIV yang lebih tinggi. Kondisi ekonomi menentukan seberapa besar akses pasien terhadap berbagai sumber daya, termasuk informasi kesehatan dan pelayanan medis. Penelitian Akuratiyage *et al*. (2025) juga menemukan hubungan pendapatan rendah dengan kecemasan dalam analisis univariat.

Pekerjaan memiliki makna lebih luas daripada sumber pendapatan. Bekerja dapat memberikan:

- Identitas sosial;
- Struktur aktivitas sehari-hari;
- Rasa produktif;
- Kemandirian;
- Jejaring sosial; dan
- Keamanan finansial.

Namun, lingkungan kerja juga dapat menjadi sumber kecemasan apabila pasien takut status HIV diketahui. Huang *et al*. (2018) menemukan status pekerjaan termasuk faktor yang berkaitan dengan gejala kecemasan dalam analisis terhadap pasien HIV yang telah menjalani terapi.

5.6 Lama Terdiagnosis HIV

Waktu sejak seseorang mengetahui status HIV merupakan faktor penting dalam proses adaptasi. Periode segera setelah diagnosis sering menjadi tahap dengan beban psikologis tinggi karena individu harus mengintegrasikan informasi baru ke dalam pemahaman mengenai dirinya dan masa depannya.

Huang *et al*. (2020) menemukan hubungan bermakna antara diagnosis HIV yang relatif baru dan peningkatan gejala kecemasan. Mereka menyatakan bahwa kecemasan dapat merupakan respons emosional terhadap realitas hidup dengan HIV dan kemungkinan lebih tinggi selama beberapa bulan pertama setelah diagnosis.

Hal ini mendukung konsep bahwa kecemasan mempunyai *trajectory* atau perjalanan tertentu:

Diagnosis baru ⟶ Shock & ketidakpastian tinggi
⟶ Kecemasan tinggi ⟶ Informasi & ART
⟶ Coping & acceptance
⟶ Kecemasan menurun

Namun, proses tersebut tidak selalu linear. Kecemasan dapat muncul kembali ketika terjadi:

- Perubahan *viral load*;
- Komplikasi;
- Perubahan ART;
- Hubungan baru;
- Rencana pernikahan;
- Kehamilan;
- *Disclosure*;
- Kehilangan pekerjaan; atau
- Pengalaman diskriminasi.

Dengan demikian, lama terdiagnosis tidak boleh dipandang semata-mata sebagai angka tahun. Faktor yang lebih penting adalah tahap adaptasi psikologis pasien terhadap penyakit.

5.7 Kondisi Klinis dan Komorbiditas

Kondisi fisik pasien dapat memengaruhi tingkat kecemasan karena gejala tubuh sering dipersepsikan sebagai indikator perkembangan penyakit. Pasien yang mengalami gejala HIV dapat menjadi lebih waspada terhadap perubahan fisik. Penelitian longitudinal Huang *et al*. (2020) menunjukkan bahwa keberadaan gejala HIV berkaitan dengan tingkat stres yang lebih tinggi.

Komorbiditas juga dapat meningkatkan beban penyakit. Tesfaw *et al*. (2016) menemukan bahwa pasien HIV dengan komorbid tuberkulosis memiliki kemungkinan mengalami kecemasan sekitar 2,7 kali dibandingkan pasien tanpa komorbiditas tersebut.

Komorbiditas atau penyakit penyerta dapat menjadi faktor yang memperberat kecemasan pada pasien HIV karena meningkatkan kompleksitas kondisi kesehatan yang harus dihadapi. Kehadiran HIV bersamaan dengan penyakit penyerta dapat menyebabkan pasien harus menjalani lebih banyak pemeriksaan, pengobatan, dan kontrol kesehatan, serta menghadapi gejala fisik yang lebih beragam.

Kondisi tersebut dapat menimbulkan persepsi bahwa penyakit yang dialami semakin berat dan sulit dikendalikan. Munculnya atau bertambahnya keluhan fisik juga dapat diinterpretasikan oleh pasien sebagai tanda memburuknya kondisi HIV, sehingga meningkatkan ketidakpastian mengenai perkembangan penyakit, keberhasilan terapi, dan prognosis. Ketidakpastian inilah yang selanjutnya dapat memperkuat kecemasan.

Meskipun demikian, hubungan antara indikator klinis HIV dan tingkat kecemasan tidak selalu menunjukkan pola yang konsisten. Pasien dengan kondisi klinis yang relatif stabil tetap dapat mengalami kecemasan yang tinggi, sedangkan pasien dengan masalah klinis yang lebih kompleks belum tentu menunjukkan tingkat kecemasan yang sama.

Hal ini menunjukkan bahwa kecemasan pada pasien HIV tidak hanya ditentukan oleh beratnya kondisi medis, tetapi juga dipengaruhi oleh cara pasien mempersepsikan penyakit, pengalaman sebelumnya, pengetahuan, dukungan sosial, kemampuan koping, dan sumber daya psikologis yang dimilikinya.

Huang *et al*. (2018) tidak menemukan hubungan signifikan antara jumlah CD4 maupun *viral load* saat ini dengan kecemasan dalam kohort pasien yang telah mencapai pemulihan imun yang baik. Sebaliknya, Ahmed *et al*. (2021) menemukan *detectable viral load* berhubungan dengan kecemasan dalam populasi penelitian mereka. Perbedaan tersebut menunjukkan bahwa persepsi terhadap kondisi kesehatan dapat sama pentingnya dengan status biologis objektif.

5.8 Kepatuhan terhadap Terapi Antiretroviral

Hubungan antara kecemasan dan kepatuhan ART dapat bersifat dua arah:

1. **Kecemasan menyebabkan ketidakpatuhan:** Pasien yang cemas dapat melupakan jadwal obat, mengalami gangguan konsentrasi, menghindari klinik, menyembunyikan obat karena stigma, atau melewatkan dosis agar status HIV tidak diketahui.
2. **Ketidakpatuhan menimbulkan kecemasan:** Setelah melewatkan dosis, pasien dapat khawatir bahwa ART tidak lagi bekerja, *viral load* meningkat, atau resistensi akan terjadi.

Penelitian Akuratiyage *et al*. (2025) di Sri Lanka memberikan bukti kuat mengenai hubungan tersebut. Kepatuhan ART yang buruk merupakan prediktor independen kecemasan dengan OR 16,45 pada populasi yang diteliti.

Literatur *systematic review* juga menyatakan bahwa gangguan kecemasan dapat memengaruhi pemilihan regimen dan kepatuhan ART serta berpotensi berkontribusi terhadap kegagalan terapi (Ji *et al*., 2024). Implikasinya, ketika pasien

menunjukkan penurunan kepatuhan, perawat perlu menilai apakah terdapat masalah psikologis yang mendasari perilaku tersebut.

5.9 Stigma yang Dirasakan (*Perceived Stigma*)

Di antara berbagai faktor yang dibahas dalam bab ini, stigma merupakan salah satu faktor yang paling konsisten berhubungan dengan kecemasan. *Perceived stigma* merujuk pada persepsi individu bahwa dirinya dipandang negatif atau berpotensi mengalami perlakuan diskriminatif karena status HIV. Stigma dapat berupa *perceived stigma*, *anticipated stigma*, *enacted stigma*, dan *internalized stigma*.

Armoon *et al*. (2022) melalui *systematic review* dan *meta-analysis* terhadap 22 penelitian dengan 9.548 peserta menemukan hubungan yang merugikan antara *HIV-related stigma* dan kecemasan, depresi, serta ide bunuh diri. Individu dengan diagnosis kecemasan memiliki kemungkinan 1,89 kali lebih tinggi melaporkan stigma terkait HIV. Tesfaw *et al*. (2016) menemukan *perceived HIV stigma* berkaitan dengan kecemasan dengan AOR 4,00.

Temuan yang lebih baru juga menunjukkan bahwa *anticipated stigma* berkaitan dengan prevalensi gejala kecemasan yang lebih tinggi. Dalam penelitian Parcesepe *et al*. (2023), stigma yang tinggi berkaitan dengan prevalensi gejala kecemasan sekitar dua kali lebih besar.

Stigma merupakan salah satu faktor psikososial yang penting dalam pembentukan dan pemeliharaan kecemasan pada pasien HIV. Ketika pasien mempersepsikan adanya stigma di lingkungan masyarakat, keluarga, tempat kerja, maupun pelayanan kesehatan, pasien dapat mulai mengantisipasi

kemungkinan mengalami penolakan, diskriminasi, atau perlakuan negatif apabila status HIV-nya diketahui.

Antisipasi tersebut dapat membuat pasien menjadi lebih waspada secara berlebihan (*hypervigilance*) terhadap respons sosial, seperti memperhatikan perkataan, ekspresi, atau perilaku orang lain yang dianggap sebagai tanda penolakan. Dalam upaya melindungi diri, pasien kemudian dapat memilih untuk menyembunyikan status HIV dan membatasi komunikasi mengenai kondisi kesehatannya. Meskipun strategi tersebut dapat memberikan rasa aman sementara, penyembunyian status secara terus-menerus dapat membatasi kesempatan pasien untuk memperoleh dukungan emosional dan sosial, sehingga meningkatkan risiko menarik diri, mengalami isolasi sosial, dan memperberat kecemasan.

Dampak stigma juga dapat meluas hingga memengaruhi perilaku pengobatan. Kekhawatiran bahwa penggunaan obat atau kunjungan ke pelayanan HIV akan menyebabkan statusnya diketahui orang lain dapat mendorong pasien menyembunyikan pengobatan, menunda akses terhadap pelayanan, atau mengalami interupsi terapi. Dengan demikian, stigma tidak hanya berkaitan dengan pengalaman emosional, tetapi juga berpotensi memengaruhi keterlibatan pasien dalam perawatan dan keberlanjutan pengobatan.

Oleh karena itu, pengkajian stigma perlu menjadi bagian penting dalam pengkajian kecemasan pada pasien HIV. Perawat perlu mengeksplorasi pengalaman stigma yang pernah dialami, stigma yang dipersepsikan, kekhawatiran terhadap penolakan, kecenderungan menyembunyikan status, serta dampaknya terhadap dukungan sosial, hubungan interpersonal, dan perilaku pengobatan pasien.

5.10 Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan sistem sosial terdekat yang dapat berfungsi sebagai faktor protektif maupun sumber tekanan. Dukungan keluarga dapat berbentuk:

- **Dukungan emosional:** Penerimaan dan empati;
- **Dukungan instrumental:** Bantuan praktis;
- **Dukungan informasional:** Bantuan memperoleh informasi dan pelayanan; serta
- **Dukungan penghargaan:** Penguatan harga diri dan kemampuan pasien.

Penelitian Shehzad *et al*. (2024) memperlihatkan bahwa dukungan keluarga yang lebih baik berkaitan dengan luaran kesehatan mental yang lebih baik pada pasien HIV/AIDS. Penelitian tersebut juga memperlihatkan hubungan kuat antara diskriminasi dengan *distress* psikologis.

Keluarga juga dapat membantu pasien mempertahankan terapi melalui pengingat obat, bantuan transportasi, pendampingan kontrol, dan dukungan ketika mengalami efek samping. Namun, keterlibatan keluarga harus mempertimbangkan kerahasiaan pasien. Tidak semua pasien telah mengungkapkan status HIV kepada keluarga. Dengan demikian, pelibatan keluarga perlu dilakukan dengan persetujuan pasien, bukan secara otomatis.

5.11 Dukungan Sosial

Dukungan sosial mencakup sumber dukungan yang lebih luas daripada keluarga, seperti teman, pasangan, kelompok sebaya, komunitas, dan tenaga kesehatan. Dukungan sosial

merupakan salah satu faktor protektif yang paling konsisten terhadap masalah kesehatan mental pada pasien HIV.

Parcesepe *et al*. (2023) menemukan bahwa dukungan sosial yang rendah berkaitan dengan prevalensi gejala kecemasan yang lebih tinggi, dengan *adjusted prevalence ratio* sebesar 1,7. Ahmed *et al*. (2021) juga menemukan bahwa dukungan sosial rendah maupun sedang berhubungan dengan kecemasan pada pasien HIV.

Huang *et al*. (2018) menemukan bahwa pasien dengan dukungan keluarga atau teman yang lebih tinggi mempunyai tingkat gejala kecemasan dan depresi lebih rendah. Temuan tersebut mendukung pentingnya membantu keluarga dan teman dalam mendukung penerimaan penyakit dan pengembangan strategi koping positif.

Dukungan sosial bekerja melalui beberapa jalur:

- **Dukungan emosional** → mengurangi kesepian
- **Dukungan informasional** → mengurangi ketidakpastian
- **Dukungan instrumental** → mengurangi beban praktis
- **Dukungan kelompok sebaya** → meningkatkan rasa dimengerti
- **Dukungan tenaga kesehatan** → meningkatkan rasa aman terhadap terapi

Dalam konteks HIV, dukungan sosial memiliki karakteristik yang lebih kompleks karena untuk memperoleh dukungan yang optimal, pasien sering kali perlu mengungkapkan kondisi kesehatannya kepada orang lain. Situasi ini dapat menimbulkan dilema bagi pasien. Di satu sisi, pasien membutuhkan dukungan emosional, informasi, bantuan

praktis, dan rasa diterima dari pasangan, keluarga, teman, maupun lingkungan sosial. Di sisi lain, memperoleh dukungan tersebut dapat mengharuskan pasien melakukan pengungkapan status HIV (*disclosure*), sementara keputusan untuk membuka status sering disertai kekhawatiran terhadap stigma, diskriminasi, penolakan, atau perubahan hubungan interpersonal. Ketakutan tersebut dapat menyebabkan pasien memilih untuk mempertahankan kerahasiaan status HIV, yang pada akhirnya membatasi kesempatan untuk memperoleh dukungan sosial yang sebenarnya dibutuhkan.

Kondisi ini menunjukkan bahwa hubungan antara *disclosure* dan dukungan sosial pada pasien HIV bersifat kompleks dan sangat individual. Oleh karena itu, intervensi sosial tidak seharusnya diarahkan untuk mendorong pasien melakukan *disclosure* secara terburu-buru, tetapi perlu mempertimbangkan kesiapan pasien, keamanan, kemungkinan konsekuensi sosial, serta kemampuan lingkungan dalam memberikan respons yang suportif. Perawat perlu menghormati kerahasiaan dan otonomi pasien sekaligus membantu pasien mengidentifikasi sumber dukungan yang aman dan dapat dipercaya.

5.12 Spiritualitas dan Religiusitas

Spiritualitas merujuk pada proses seseorang mencari makna, tujuan, keterhubungan, harapan, dan nilai dalam kehidupan. Religiusitas lebih spesifik berkaitan dengan keyakinan, praktik, dan keterlibatan dalam suatu tradisi agama.

Dalam menghadapi penyakit kronis, spiritualitas dapat menjadi sumber koping karena membantu individu memberikan makna terhadap pengalaman penyakit. Pada

pasien HIV, diagnosis dapat menimbulkan pertanyaan eksistensial:

- *"Mengapa hal ini terjadi pada saya?"*
- *"Apakah hidup saya masih mempunyai makna?"*
- *"Bagaimana saya menghadapi ketidakpastian ini?"*
- *"Apakah saya masih mempunyai harapan?"*

Spiritualitas dan doa dikenal sebagai strategi koping yang digunakan oleh pasien dalam menghadapi stres dan *distress* (Shehzad *et al*., 2024). Spiritualitas juga memiliki hubungan protektif terhadap depresi, dengan harga diri dan *sense of mastery* sebagai mediator.

Namun, bukti langsung yang secara spesifik menetapkan spiritualitas sebagai faktor independen terhadap kecemasan masih lebih terbatas dibandingkan bukti mengenai stigma dan dukungan sosial. Oleh sebab itu, spiritualitas lebih tepat diposisikan sebagai sumber daya psikologis dan koping yang berpotensi mendukung kesejahteraan mental.

Spiritualitas dapat bersifat adaptif jika membantu pasien memperoleh harapan, makna, penerimaan, ketenangan, dan rasa keterhubungan. Namun, aspek spiritual juga dapat menjadi sumber *distress* apabila pasien menafsirkan HIV sebagai hukuman, merasa ditolak Tuhan, atau mengalami konflik dengan komunitas agama. Karena itu, pengkajian spiritual harus dilakukan secara individual dan tanpa menghakimi.

5.13 Efikasi Diri (*Self-Efficacy*)

Self-efficacy merupakan keyakinan seseorang mengenai kemampuannya melakukan tindakan yang diperlukan untuk menghadapi suatu situasi atau mencapai tujuan tertentu. Dalam konteks HIV, *self-efficacy* berkaitan dengan keyakinan pasien bahwa dirinya mampu:

- Menjalani ART secara konsisten;
- Menghadapi efek samping;
- Berkomunikasi dengan tenaga kesehatan;
- Mengelola stres;
- Mengambil keputusan mengenai *disclosure*;
- Menjaga hubungan; dan
- Menjalani kehidupan produktif.

Self-efficacy berhubungan erat dengan persepsi kontrol. Secara konseptual:

Self-efficacy tinggi
⟶ "Saya mampu menghadapi masalah ini"
⟶ Ancaman terkontrol ⟶ Koping aktif
⟶ Kecemasan terkelola

Self-efficacy rendah ⟶ "Saya tidak mampu mengatasi ini"
⟶ Ancaman membesar ⟶ Helplessness
⟶ Kecemasan meningkat

Proses penerimaan HIV dapat disertai peningkatan resiliensi dan *self-efficacy*, serta berkaitan dengan kesejahteraan psikologis dan keterlibatan terhadap terapi yang lebih baik (Alsadi, 2025). Pendekatan kognitif-behavioral juga dapat meningkatkan *self-efficacy* dengan membantu pasien mengubah pikiran negatif mengenai kesehatan, diagnosis, dan

harga dirinya. Namun, *self-efficacy* lebih tepat diposisikan sebagai mekanisme adaptasi psikologis daripada prediktor epidemiologis independen terhadap kecemasan.

5.14 Mekanisme Koping

Koping merupakan cara individu menghadapi tuntutan, stresor, dan emosi yang muncul akibat hidup dengan HIV. Koping dapat dibedakan menjadi adaptif dan maladaptif.

Koping Adaptif

Contohnya: mencari informasi yang akurat, *problem solving*, mencari dukungan sosial, berkonsultasi dengan tenaga kesehatan, melakukan relaksasi, *mindfulness*, aktivitas fisik, *positive reframing*, dan mempertahankan aktivitas yang bermakna. Strategi seperti mencari dukungan, *mindfulness*, relaksasi, dan mempertahankan pandangan positif berkaitan dengan kondisi kesehatan mental dan kepatuhan terapi yang lebih baik (Huang *et al*., 2018; Huang *et al*., 2020).

Koping Maladaptif

Contohnya: *denial* berkepanjangan, *avoidance*, menarik diri, penggunaan alkohol atau zat, menghentikan ART, atau menghindari pelayanan kesehatan. Strategi tersebut dapat memberikan rasa lega sementara tetapi tidak menyelesaikan stresor utama.

Active coping, dukungan profesional, aktivitas, dan jejaring sosial berkaitan dengan luaran mental yang lebih baik, sedangkan *avoidant coping* dan *disengagement* dapat memperburuk kesehatan fisik maupun mental (Alsadi, 2025; Armoon *et al*., 2022). Dalam konteks stigma, pola *disengagement coping* juga telah dikaitkan dengan kesejahteraan psikologis yang lebih buruk. Pengkajian

keperawatan perlu mengeksplorasi bukan hanya "apakah pasien cemas", tetapi apa yang dilakukan pasien ketika merasa cemas.

5.15 Resiliensi dan Penerimaan Diri

Resiliensi merupakan kemampuan individu untuk bertahan, beradaptasi, dan membangun kembali keseimbangan psikologis ketika menghadapi tekanan atau pengalaman yang sulit.

Pada pasien HIV, resiliensi tidak berarti bahwa pasien tidak pernah merasa takut, sedih, atau cemas. Individu yang resilien tetap dapat mengalami *distress*, tetapi mempunyai kemampuan untuk memulihkan diri dan melanjutkan fungsi kehidupan. Resiliensi dapat berkembang melalui pengalaman mengatasi kesulitan, dukungan sosial, penerimaan diri, pemaknaan positif, *self-efficacy*, keberhasilan terapi, dan akses terhadap pelayanan kesehatan.

Penerimaan diri merupakan komponen penting dalam proses tersebut. Penerimaan terhadap HIV bukan berarti menyerah terhadap penyakit. Penerimaan berarti mengakui realitas HIV sebagai bagian dari kehidupan sekaligus mempertahankan keyakinan bahwa kehidupan tetap dapat dijalani secara bermakna.

Alsadi (2025) menjelaskan bahwa proses penerimaan dapat melibatkan perjalanan emosional yang mencakup kesedihan, kemarahan, *denial*, kemudian berkembang menuju resiliensi dan *self-efficacy*. Penerimaan dikaitkan dengan kesejahteraan psikologis dan kepatuhan ART yang lebih baik.

Penerimaan memungkinkan pasien mengalihkan fokus dari ketakutan terhadap penyakit menuju pengelolaan penyakit

secara efektif (Alsadi, 2025). Proses tersebut dapat mengurangi *helplessness*, kecemasan, dan depresi serta membantu perkembangan koping yang lebih sehat. Sebaliknya, penolakan berkepanjangan terhadap diagnosis dapat membuat pasien terus berada dalam konflik dengan kondisi yang tidak dapat dihilangkan sehingga *distress* psikologis menjadi lebih sulit diselesaikan.

Interaksi Antar Faktor dalam Terjadinya Kecemasan



DAFTAR PUSTAKA

Abdu, Z., Belayneh, W., Dule, A., Alemu, S. S., Wedajo, L. F., Hajure, M., Tesfaye, G. M., Workneh, Y. A., Gezimu, W., Hussen, M. A., Tefera, B., & Habib, S. (2025). Adult HIV/AIDS patients are more likely to experience anxiety symptoms. *Frontiers in Psychiatry, 16*, 1507020. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1507020.

Ahmed, A., Saqlain, M., Umair, M. M., Hashmi, F. K., Saeed, H., Amer, M., Blebil, A. Q., & Dujaili, J. A. (2021). Stigma, social support, illicit drug use, and other predictors of anxiety and depression among HIV/AIDS patients in Pakistan: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health, 9*, 745545. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.745545.

Akuratiyage, L. Y., De Silva, P., Karunarathna, K. N., Samaraweera, G., Manjika, S., Chulasiri, P. U., & Suraweera, C. U. (2025). Depression and anxiety among people living with HIV on antiretroviral therapy: Prevalence and correlates at the National Sexually Transmitted Diseases/AIDS programme, in Sri Lanka. *BMC Research Notes, 18*, 489. https://doi.org/10.1186/s13104-025-07550-3.

Alsadi, R. A. (2025). From diagnosis to acceptance: Mental health trajectories in HIV-infected patients. *Universal Journal of Pharmaceutical Research, 10*(2), 79–90. https://doi.org/10.22270/ujpr.v10i2.1324.

Armoon, B., Fleury, M.-J., Bayat, A.-H., Fakhri, Y., Higgs, P., Fattah Moghaddam, L., & Gonabadi-Nezhad, L. (2022). HIV related stigma associated with social support, alcohol use disorders, depression, anxiety, and suicidal

ideation among people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Systems, 16*, 17. https://doi.org/10.1186/s13033-022-00527-w.

Camara, A., Sow, M. S., Touré, A., Sako, F. B., Camara, I., Soumaoro, K., Delamou, A., & Doukouré, M. (2020). Anxiety and depression among HIV patients of the infectious disease department of Conakry University Hospital in 2018. *Epidemiology and Infection, 148*, e8. https://doi.org/10.1017/S095026881900222X.

Huang, X., Meyers, K., Liu, X., Li, X., Zhang, T., Xia, W., *et al*. (2018). The double burdens of mental health among AIDS patients with fully successful immune restoration: A cross-sectional study of anxiety and depression in China. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 384. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00384.

Huang, Y., Luo, D., Chen, X., Zhang, D., Huang, Z., & Xiao, S. (2020). HIV-related stress experienced by newly diagnosed people living with HIV in China: A 1-year longitudinal study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(8), 2681.

Ji, J., Zhang, Y., Ma, Y., Jia, L., Cai, M., Li, Z., Zhang, T., & Guo, C. (2024). People who living with HIV/AIDS also have a high prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 15*, 1259290. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1259290.

Parcesepe, A. M., Filiatreau, L. M., Gomez, A., Ebasone, P. V., Dzudie, A., Pence, B. W., *et al*. (2023). HIV-related stigma, social support, and symptoms of mental health disorders among people with HIV initiating HIV care in Cameroon.

AIDS Patient Care and STDs, 37(3), 146–154. https://doi.org/10.1089/apc.2022.0187.

Shehzad, M., Khan, M. L., & Khan, S. A. (2024). Perceived social stigma, family support and mental health issues in individuals living with HIV/AIDS. *Journal of Health and Rehabilitation Research, 4*(2). https://doi.org/10.61919/jhrr.v4i2.760.

Tesfaw, G., Ayano, G., Awoke, T., Assefa, D., Birhanu, Z., Miheretie, G., & Abebe, G. (2016). Prevalence and correlates of depression and anxiety among patients with HIV on follow-up at Alert Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Psychiatry, 16*, 368. https://doi.org/10.1186/s12888-016-1037-9.

UNAIDS. (2014). *The Gap Report: People aged 50 years and older*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

BAB 6

DAMPAK KECEMASAN TERHADAP KEHIDUPAN PASIEN HIV

Kecemasan pada orang yang hidup dengan HIV bukan sekadar pengalaman emosional berupa rasa khawatir atau takut. Ketika berlangsung dengan intensitas tinggi, persisten, atau tidak ditangani secara adekuat, kecemasan dapat memengaruhi berbagai aspek kehidupan pasien, mulai dari kesehatan fisik, fungsi psikologis, hubungan interpersonal, aktivitas sosial, kepatuhan terhadap terapi antiretroviral (ART), perilaku mencari pelayanan kesehatan, hingga kualitas hidup secara keseluruhan (Abdu *et al*., 2025; Ji *et al*., 2024).

Hal ini menjadi penting karena keberhasilan pengelolaan HIV saat ini tidak lagi hanya ditentukan oleh tercapainya *viral suppression*. Pasien diharapkan dapat menjalani kehidupan yang produktif, mempertahankan hubungan sosial, memiliki kondisi psikologis yang baik, dan memperoleh kualitas hidup yang optimal. Kecemasan yang tidak ditangani dapat menghambat pencapaian tujuan tersebut.

Ji *et al*. (2024) menegaskan bahwa gangguan kecemasan pada orang yang hidup dengan HIV berpotensi menghasilkan konsekuensi negatif yang luas, meliputi aspek mental, fisik, psikososial, kepatuhan terhadap terapi, prognosis, dan kualitas hidup. Hubungan antara kecemasan dan luaran HIV juga tidak selalu berlangsung dalam satu arah. Kondisi HIV

dapat menimbulkan kecemasan, tetapi kecemasan selanjutnya dapat memengaruhi perilaku kesehatan dan kemampuan pasien mengelola HIV.

6.1 Dampak terhadap Kesehatan Fisik

Kecemasan merupakan pengalaman psikologis, tetapi manifestasinya tidak terbatas pada pikiran dan emosi. Sistem psikologis dan fisiologis manusia saling terhubung sehingga kecemasan dapat disertai berbagai perubahan pada tubuh.

Pada pasien HIV, hubungan tersebut menjadi lebih kompleks karena HIV sendiri berhubungan dengan perubahan fungsi imun, inflamasi, sistem saraf pusat, efek ART, dan komorbiditas (Obeagu & Alsadi, 2025; Shan *et al*., 2024).

Respons Fisiologis akibat Kecemasan

Ketika individu mempersepsikan suatu situasi sebagai ancaman, tubuh mengaktifkan sistem respons stres. Aktivasi tersebut melibatkan antara lain sistem saraf simpatis dan jalur neuroendokrin. Secara klinis pasien dapat mengalami:

- Palpitasi dan peningkatan denyut jantung;
- Napas terasa pendek;
- Ketegangan otot dan tremor;
- Berkeringat berlebihan;
- Gangguan gastrointestinal dan sakit kepala; serta
- Rasa lelah kronis dan gangguan tidur.

Bila kecemasan terjadi berulang atau menetap, pasien dapat mengalami keadaan *hyperarousal* yang membuat tubuh terus berada dalam kondisi siaga. Pada pasien HIV, gejala tersebut mempunyai implikasi khusus karena dapat menyerupai gejala

penyakit fisik. Palpitasi dapat dipersepsikan sebagai gangguan jantung, kelelahan sebagai tanda progresivitas HIV, atau gangguan tidur sebagai efek terapi.

Akibatnya dapat terbentuk siklus:

Kecemasan ⟶ Sensasi fisik
⟶ Ditafsirkan tanda HIV memburuk
⟶ Persepsi ancaman meningkat
⟶ Eskalasi kecemasan

Oleh sebab itu, perawat perlu membedakan antara gejala fisiologis akibat kecemasan dengan gejala yang berasal dari kondisi klinis, ART, infeksi oportunistik, atau penyakit penyerta.

Hubungan dengan Sistem Imun dan Inflamasi

Shan *et al*. (2024) menjelaskan bahwa HIV dan gangguan kecemasan sama-sama berkaitan dengan perubahan pada sistem neurologis, imun, dan endokrin. Gangguan jalur stres seperti *hypothalamic-pituitary-adrenal* (HPA) axis serta *sympathetic-adrenal-medullary* (SAM) axis dapat berinteraksi dengan inflamasi kronis. Penelitian mereka menemukan bahwa pasien HIV dengan gangguan kecemasan menunjukkan perubahan fungsi otak tertentu serta peningkatan beberapa kemokin proinflamasi dibandingkan pasien HIV tanpa gangguan mental (Shan *et al*., 2024).

Kajian neurobiologis menunjukkan bahwa kecemasan kronis menggunakan jalur respons stres yang juga berkaitan dengan regulasi inflamasi sehingga secara teoretis dapat berkontribusi terhadap persistensi inflamasi (Obeagu & Alsadi, 2025; Shan *et al*., 2024). Namun, bukti mengenai hubungan sebab-akibat langsung antara kecemasan dan progresivitas imun pada HIV masih perlu ditafsirkan secara

hati-hati agar tidak terjadi penyederhanaan bahwa kecemasan secara langsung menurunkan jumlah CD4.

Sebagai contoh, studi Mirzaian (2021) tidak menemukan hubungan statistik yang signifikan antara kecemasan dengan parameter imun dalam sampel penelitiannya, meskipun kecemasan berkaitan secara bermakna dengan kualitas hidup yang lebih rendah. Dengan demikian, kesimpulan yang lebih tepat adalah: kecemasan memiliki dasar dan konsekuensi fisiologis yang nyata, tetapi hubungan langsung antara tingkat kecemasan dan penurunan fungsi imun HIV belum selalu konsisten antarpenelitian.

Dampak Tidak Langsung melalui Perilaku Kesehatan

Dampak kecemasan terhadap kesehatan fisik juga terjadi secara tidak langsung. Apabila kecemasan menyebabkan pasien:

- Tidak minum ART secara teratur;
- Melewatkan jadwal kontrol klinik;
- Mengalami gangguan tidur kronis;
- Menggunakan alkohol atau zat sebagai koping;
- Mengurangi aktivitas fisik; atau
- Menunda pemeriksaan kesehatan,

maka risiko masalah kesehatan fisik secara keseluruhan akan meningkat (Obeagu & Alsadi, 2025; Wykowski *et al*., 2019). Because of this, hubungan kecemasan dengan kesehatan fisik sebaiknya dipahami melalui jalur langsung (fisiologis) dan tidak langsung (perilaku kesehatan).

6.2 Dampak terhadap Kondisi Psikologis

Kecemasan yang menetap dapat mengganggu keseimbangan emosional pasien dan memperbesar kerentanan terhadap masalah psikologis lain. Pada awalnya pasien mungkin hanya mengalami kekhawatiran spesifik, misalnya mengenai *viral load*. Namun apabila kekhawatiran menjadi persisten, ruang psikologis pasien dapat semakin didominasi oleh pikiran tentang penyakit.

Pasien dapat mengalami kekhawatiran terus-menerus, kesulitan mengendalikan pikiran, *anticipatory anxiety*, gangguan konsentrasi, *rumination*, *irritability*, rasa tidak aman, kehilangan rasa kontrol, gangguan tidur, ketakutan terhadap masa depan, dan perasaan tidak berdaya. Dalam tinjauan terhadap perempuan yang hidup dengan HIV di negara-negara Asia berpendapatan rendah dan menengah, pengalaman HIV ditemukan berkaitan dengan berbagai konsekuensi psikologis seperti stres, ketakutan, kecemasan, depresi, kesedihan, rasa malu, marah, dan *self-blame* (Fauk *et al*., 2022).

Kecemasan dan Depresi

Kecemasan dan depresi merupakan kondisi yang berbeda tetapi sering muncul bersamaan. Kecemasan lebih berorientasi kepada ancaman masa depan (*"Apa yang akan terjadi?"*), sementara depresi lebih banyak melibatkan kehilangan harapan, suasana hati rendah, dan berkurangnya minat (*"Tidak ada yang dapat saya lakukan"*).

Kecemasan yang berlangsung lama dapat menyebabkan kelelahan psikologis. Berbagai gangguan mental pada pasien HIV juga sering tidak muncul sendiri; depresi, kecemasan, PTSD, gangguan penggunaan zat, dan gangguan neurokognitif

dapat terjadi secara bersamaan dan memperberat fungsi pasien (Ji *et al*., 2024; Obeagu & Alsadi, 2025).

Dampak terhadap *Self-Esteem* dan Penerimaan Diri

Kecemasan yang berkaitan dengan stigma dapat memperburuk citra diri. Pasien dapat mulai mengembangkan keyakinan negatif seperti: *"Jika orang mengetahui status saya, mereka akan meninggalkan saya"* atau *"Saya tidak layak memiliki pasangan"*. Pikiran tersebut memperkuat *self-stigma* dan menurunkan harga diri.

Pada *disclosure anxiety*, kekhawatiran mengenai pengungkapan status HIV ditemukan berkaitan dengan *negative self-image*, *disengagement coping*, *self-esteem* yang lebih rendah, dan dukungan sosial yang lebih sedikit (Evangeli & Wroe, 2017). Dengan demikian, kecemasan dapat berkembang dari suatu reaksi terhadap ancaman eksternal menjadi masalah terhadap cara individu melihat dirinya sendiri.

6.3 Dampak terhadap Fungsi Sosial

Fungsi sosial adalah kemampuan individu menjalankan peran dan berinteraksi secara efektif dalam lingkungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, pertemanan, dan masyarakat. Kecemasan dapat mengurangi fungsi tersebut terutama melalui mekanisme *avoidance* (penghindaran).

Pasien dapat memilih untuk membatasi pertemanan, menghindari kegiatan sosial, tidak menghadiri acara tertentu, menghindari hubungan romantis, atau mengurangi keterlibatan dalam komunitas. Dalam jangka pendek, perilaku menghindar (*avoidance*) dapat memberikan rasa lega sementara. Namun, apabila perilaku tersebut berlangsung

terus-menerus, penghindaran justru membatasi kesempatan pasien untuk memperoleh dukungan sosial, meningkatkan perasaan kesepian dan isolasi, serta memperberat *distress* psikologis (Evangeli & Wroe, 2017; Nanfuka *et al*., 2024).

Evangeli dan Wroe (2017) menjelaskan bahwa kecemasan *disclosure* yang tinggi dapat mengganggu rutinitas, fungsi akademik atau pekerjaan, kegiatan sosial, serta hubungan interpersonal melalui mekanisme *avoidance* yang berkembang menjadi isolasi sosial.

Dampak tersebut tampak jelas pada kelompok remaja. Nanfuka *et al*. (2024) menemukan bahwa kecemasan dan masalah kesehatan mental pada remaja dengan HIV dapat menghambat kemampuan mereka memenuhi tugas perkembangan sosial, termasuk prestasi akademik, mempertahankan hubungan yang baik, dan menampilkan fungsi fisik yang sesuai harapan lingkungan sosial. Gangguan fungsi tersebut meningkatkan risiko isolasi sosial, kemiskinan, serta masalah kesehatan dan terapi (Nanfuka *et al*., 2024).

Fungsi Pendidikan dan Pekerjaan

Pasien yang terus-menerus mengalami kecemasan dapat mengalami kesulitan berkonsentrasi, penurunan produktivitas, absensi, ketakutan melakukan aktivitas yang dapat mengungkap status, atau kehilangan motivasi. Pada pasien yang bekerja, kecemasan mengenai kerahasiaan (*confidentiality*) dapat menyebabkan energi psikologis yang besar digunakan untuk menyembunyikan status HIV, yang pada akhirnya dapat mengganggu ketepatan waktu minum obat di tempat kerja (Evangeli & Wroe, 2017).

6.4 Dampak terhadap Hubungan Keluarga dan Pasangan

Keluarga dan pasangan dapat menjadi sumber proteksi utama bagi pasien HIV. Akan tetapi, kecemasan juga dapat mengganggu kemampuan pasien memanfaatkan dukungan tersebut.

Salah satu persoalan paling penting adalah *disclosure*. Pasien dapat ingin memberitahu pasangan atau keluarga karena membutuhkan dukungan, tetapi sekaligus takut terhadap penolakan. Evangeli dan Wroe (2017) menunjukkan bahwa *disclosure* memiliki potensi meningkatkan dukungan sosial, keterlibatan pelayanan, serta kepatuhan ART, tetapi pada saat yang sama membuka kemungkinan penolakan dan diskriminasi.

Dampak terhadap Komunikasi dan Keintiman

Kecemasan dapat membuat pasien menghindari pembicaraan mengenai status HIV, kesehatan, ART, aktivitas seksual, risiko penularan, atau kebutuhan emosional. Akibatnya, komunikasi pasangan menjadi kurang terbuka dan menciptakan jarak emosional.

Dalam hubungan seksual, kecemasan terhadap penularan (*onward transmission*) dan *disclosure* dapat mengurangi kenyamanan serta spontanitas. Pasien dapat menghindari hubungan seksual, menghindari hubungan baru, atau merasa bersalah setelah aktivitas seksual (Evangeli & Wroe, 2017).

Dampak terhadap Keluarga

Kecemasan dapat menyebabkan pasien menarik diri dari keluarga. Pada sisi lain, keluarga yang sudah mengetahui status HIV dapat mengalami kecemasan sendiri mengenai prognosis, penularan, stigma masyarakat, atau masa depan

pasien. Tinjauan Fauk *et al*. (2022) menunjukkan bahwa dampak HIV tidak terbatas pada perempuan yang terinfeksi tetapi juga meluas kepada keluarga, dengan konsekuensi psikologis dan sosial yang saling berkaitan.

Oleh karena itu, dalam praktik keperawatan, unit perhatian tidak selalu hanya pasien sebagai individu tetapi dapat mencakup sistem keluarga, sepanjang pasien memberikan persetujuan dan kerahasiaan (*confidentiality*) tetap dijaga.

6.5 Dampak terhadap Kepatuhan Pengobatan

Dampak kecemasan terhadap kepatuhan terapi antiretroviral (*antiretroviral therapy* / ART) merupakan salah satu hubungan yang memiliki bukti paling kuat dalam literatur. ART membutuhkan konsistensi; pasien harus mempertahankan perilaku pengobatan dalam jangka panjang meskipun tidak selalu merasakan gejala penyakit.

Kecemasan dapat mengganggu kepatuhan melalui beberapa mekanisme utama:

1. **Gangguan Konsentrasi dan Memori:** Pasien yang mengalami kecemasan berat dapat terus memikirkan penyakitnya sehingga perhatian dan memori terhadap rutinitas sehari-hari terganggu. Akibatnya, dosis ART dapat terlupa.
2. **Penghindaran (*Avoidance*) terhadap Obat:** ART dapat menjadi pengingat (*trigger*) bahwa pasien hidup dengan HIV. Bagi pasien tertentu, melihat obat membangkitkan ingatan akan diagnosis yang memicu kecemasan, sehingga obat dihindari.
3. **Ketakutan terhadap Efek Samping:** Pasien yang sangat cemas terhadap efek samping dapat menunda

atau menghentikan pengobatan tanpa konsultasi dengan tenaga kesehatan.

4. **Ketakutan Status Diketahui (*Disclosure Anxiety*):** Pasien yang merahasiakan statusnya dapat melewatkan dosis apabila berada bersama keluarga, pasangan, teman, atau rekan kerja karena takut penggunaan obat mengungkap kondisi kesehatannya (Evangeli & Wroe, 2017).

Evangeli dan Wroe (2017) mengidentifikasi berbagai perilaku yang berkaitan dengan kecemasan *disclosure*, termasuk melewatkan dosis ART, tidak memulai ART, dan tidak menghadiri klinik.

Bukti Meta-Analisis

Wykowski *et al*. (2019) melakukan *systematic review* dan meta-analisis pada pasien HIV di negara berpendapatan rendah dan menengah. Dari 11 penelitian yang dianalisis, pasien HIV yang melaporkan kecemasan memiliki 59% kemungkinan lebih tinggi mengalami kepatuhan ART yang buruk dibandingkan pasien tanpa kecemasan (pooled Odds Ratio = 1,59). Hubungan tersebut tetap konsisten bahkan setelah pasien yang baru memulai ART kurang dari 6 bulan dikeluarkan dari analisis (Wykowski *et al*., 2019).

Temuan ini sangat penting karena menunjukkan bahwa kecemasan bukan sekadar masalah kenyamanan psikologis, melainkan determinan yang memengaruhi keberhasilan klinis. Oleh karena itu, ketika ditemukan masalah kepatuhan, perawat perlu mengeksplorasi faktor kesehatan mental dan tidak hanya memberikan edukasi instruksional mengenai pentingnya minum obat.

6.6 Dampak terhadap Perilaku Mencari Pelayanan Kesehatan

Kecemasan memberikan pengaruh dua arah terhadap perilaku pasien HIV dalam mencari dan memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Pada tingkat ringan dan masih bersifat adaptif, kecemasan dapat meningkatkan kewaspadaan terhadap kondisi kesehatan dan mendorong pasien melakukan tindakan konstruktif. Pasien menjadi lebih teratur datang kontrol, menanyakan hasil pemeriksaan, mencari informasi mengenai penyakit dan pengobatan, serta melaporkan lebih awal apabila mengalami gejala atau perubahan kondisi kesehatan. Dalam keadaan ini, kecemasan berfungsi sebagai sinyal yang mendorong tindakan perlindungan diri.

Sebaliknya, ketika kecemasan menjadi lebih berat atau sulit dikendalikan, respons pasien terhadap pelayanan kesehatan dapat berubah menjadi maladaptif:

- **Penghindaran Pelayanan Kesehatan (*Healthcare Avoidance*):** Pasien merasa takut datang ke klinik karena khawatir memperoleh hasil pemeriksaan yang buruk, bertemu orang yang dikenal, diketahui status HIV-nya, atau mendapatkan penilaian negatif dari orang lain. Kunjungan ke fasilitas kesehatan yang seharusnya menjadi sumber bantuan justru berubah menjadi stimulus yang memicu kecemasan.
- **Kekhawatiran Pengungkapan Status (*Disclosure Anxiety*):** Pasien merasa bahwa kunjungan ke klinik HIV atau pengambilan obat dapat diamati oleh orang lain dan secara tidak langsung mengungkapkan status kesehatannya, sehingga mendorong pasien menunda

atau tidak menghadiri pelayanan yang telah dijadwalkan (Evangeli & Wroe, 2017).

Penghindaran Klinik ⟶ Kurang Pemantauan
⟶ Ketidakpastian Status Meningkat
⟶ Kecemasan Makin Berat

- **Pencarian Kepastian Berlebihan (*Reassurance-Seeking*):** Sebaliknya, kecemasan terhadap kesehatan (*health anxiety*) dapat menyebabkan sebagian pasien mencari kepastian secara berulang. Pasien berulang kali menghubungi tenaga kesehatan, terlalu sering memeriksa sensasi tubuh, atau meminta pemeriksaan medis meskipun belum terdapat indikasi klinis yang jelas.

Dalam praktik keperawatan, perawat perlu membedakan apakah perilaku mencari pelayanan yang dilakukan pasien masih merupakan tindakan kesehatan yang proporsional atau telah berkembang menjadi pola *avoidance* maupun *reassurance-seeking* yang justru mempertahankan kecemasan. Pelayanan kesehatan perlu menciptakan lingkungan yang memberikan rasa aman secara psikologis dan sosial melalui jaminan kerahasiaan (*confidentiality*), sikap non-stigmatisasi, serta komunikasi terapeutik yang dilandasi kepercayaan (Evangeli & Wroe, 2017; Obeagu & Alsadi, 2025).

6.7 Dampak terhadap Kualitas Hidup

Kualitas hidup (*Quality of Life*) merupakan luaran yang sangat penting dalam pengelolaan HIV modern. Keberhasilan ART telah memperpanjang usia hidup sehingga tujuan pelayanan tidak lagi hanya mencegah kematian, tetapi memastikan pasien memiliki kehidupan yang berkualitas.

Kecemasan memengaruhi hampir seluruh dimensi kualitas hidup:

- **Domain Fisik:** Gangguan tidur, ketegangan otot, kelelahan (*fatigue*), dan keluhan somatik menyebabkan pasien menilai kesehatan fisiknya lebih buruk.
- **Domain Psikologis:** Kekhawatiran, rasa tidak aman, *anticipatory fear*, dan *rumination* mengurangi perasaan damai serta kesejahteraan emosional.
- **Domain Hubungan Sosial:** Perilaku *avoidance*, ketakutan akan *disclosure*, dan stigma membatasi interaksi interpersonal dan dukungan sosial.
- **Domain Pekerjaan/Fungsional:** Kecemasan menurunkan konsentrasi, produktivitas, dan kepercayaan diri dalam menjalankan peran harian.

Mirzaian (2021) menemukan bahwa pasien dengan tingkat kecemasan yang lebih tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih rendah, di mana *state anxiety* maupun *trait anxiety* merupakan prediktor yang bermakna terhadap kualitas hidup. Ji *et al*. (2024) dan Abdu *et al*. (2025) juga menempatkan kualitas hidup yang buruk sebagai salah satu konsekuensi penting gangguan kecemasan pada orang yang hidup dengan HIV. Kualitas hidup menjadi indikator kunci karena pasien dengan *viral load* yang tidak terdeteksi tetap dapat memiliki kualitas hidup yang rendah apabila masalah kecemasannya tidak ditangani secara adekuat.

6.8 Risiko Kecemasan yang Tidak Ditangani

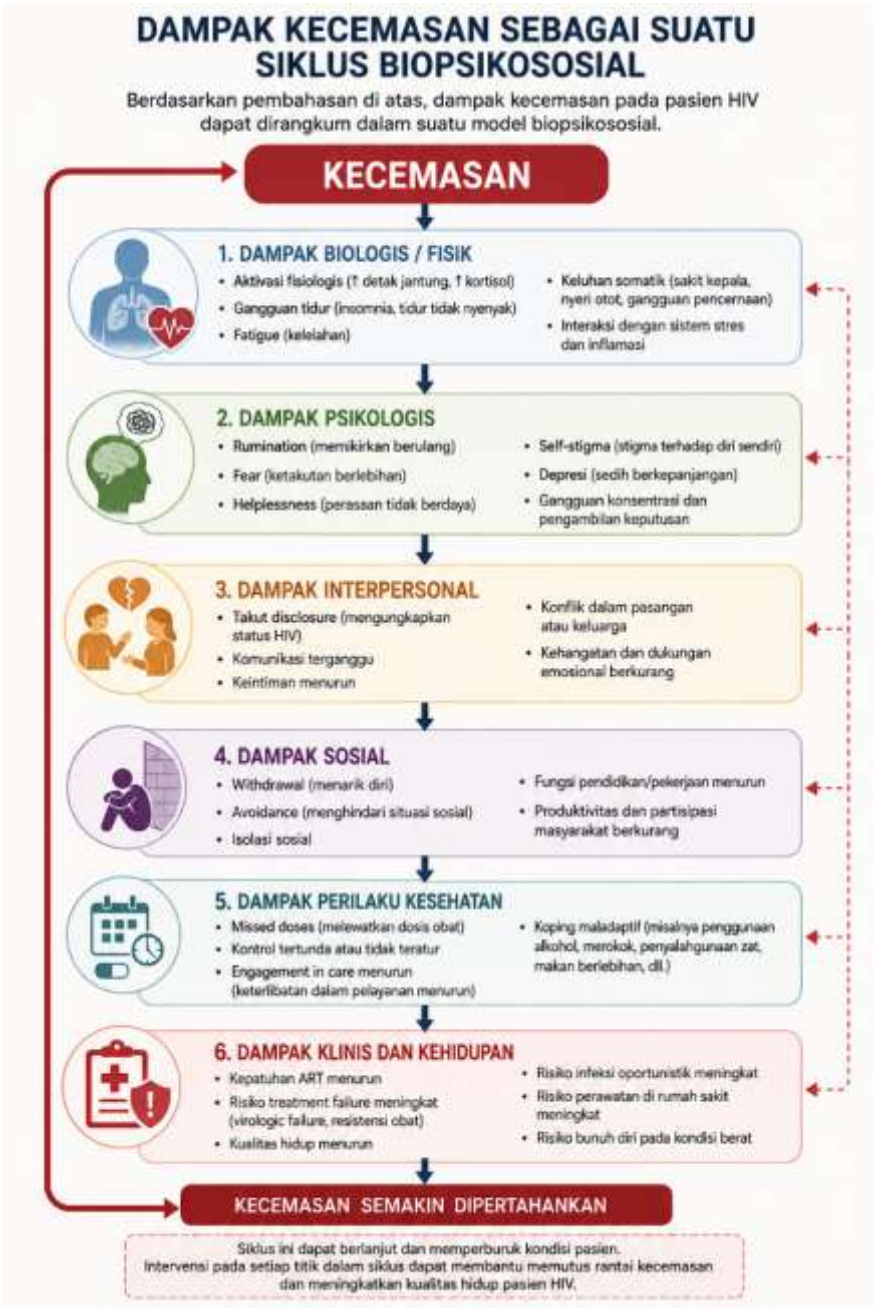
Kecemasan yang tidak ditangani bukan sekadar mempertahankan rasa tidak nyaman. Pada sebagian pasien, kondisi tersebut dapat berkembang menjadi masalah yang lebih kompleks:

1. **Kecemasan Menjadi Kronis:** Terus dipertahankan melalui *rumination*, *avoidance*, *reassurance-seeking*, dan stigma yang menguat (Evangeli & Wroe, 2017).
2. **Komorbiditas dengan Depresi:** Ketakutan persisten yang disertai perasaan tidak berdaya (*helplessness*) meningkatkan risiko timbulnya depresi secara bersamaan.
3. **Penggunaan Zat sebagai Koping Maladaptif:** Pasien dapat menggunakan alkohol atau obat-obatan untuk meredakan ketegangan sementara, yang pada akhirnya mengganggu pengambilan keputusan dan menurunkan kepatuhan ART (Obeagu & Alsadi, 2025).
4. **Gangguan Kepatuhan dan Kegagalan Terapi:** Berisiko memicu resistensi obat dan kegagalan virologis (Wykowski *et al*., 2019).
5. **Isolasi Sosial:** Pembatasan hubungan sosial akibat takut ditolak berakhir pada kesepian dan hilangnya sumber dukungan emosional.
6. **Gangguan Fungsi Pendidikan dan Pekerjaan:** Menurunkan prestasi akademik pada remaja serta produktivitas kerja pada dewasa (Evangeli & Wroe, 2017; Nanfuka *et al*., 2024).
7. **Perilaku Berisiko:** Dapat berkaitan dengan penggunaan zat atau interaksi sosial yang membahayakan kesehatan.

8. **Risiko Bunuh Diri:** Ji *et al*. (2024) mencatat bahwa gangguan kecemasan pada pasien HIV berkaitan dengan peningkatan risiko ideasi dan perilaku bunuh diri. Ungkapan seperti *"saya tidak sanggup lagi"* atau isyarat *self-harm* memerlukan penilaian risiko yang segera dan rujukan kesehatan mental.
9. **Penurunan Kualitas Hidup secara Progresif:** Terjadi melalui interaksi multidimensional yang saling memicu antara fisik, psikologis, dan sosial.

Dampak Kecemasan sebagai Suatu Siklus Biopsikososial

Berdasarkan pembahasan di atas, dampak kecemasan pada pasien HIV dapat dirangkum dalam suatu model biopsikososial:


DAMPAK KECEMASAN SEBAGAI SUATU SIKLUS BIOPSIKOSOSIAL
Berdasarkan pembahasan di atas, dampak kecemasan pada pasien HIV dapat dirangkum dalam suatu model biopsikososial.
KECEMASAN
1. DAMPAK BIOLOGIS / FISIK
• Aktivasi fisiologis (↑ detak jantung, ↑ kortisol)
• Gangguan tidur (insomnia, tidur tidak nyenyak)
• Fatigue (kelelahan)
• Keluhan somatik (sakit kepala, nyeri otot, gangguan pencernaan)
• Interaksi dengan sistem stres dan inflamasi
2. DAMPAK PSIKOLOGIS
• Rumination (memikirkan berulang)
• Fear (ketakutan berlebihan)
• Helplessness (perasaan tidak berdaya)
• Self-stigma (stigma terhadap diri sendiri)
• Depresi (sedih berkepanjangan)
• Gangguan konsentrasi dan pengambilan keputusan
3. DAMPAK INTERPERSONAL
• Takut disclosure (mengungkapkan status HIV)
• Komunikasi terganggu
• Keintiman menurun
• Konflik dalam pasangan atau keluarga
• Kehangatan dan dukungan emosional berkurang
4. DAMPAK SOSIAL
• Withdrawal (menarik diri)
• Avoidance (menghindari situasi sosial)
• Isolasi sosial
• Fungsi pendidikan/pekerjaan menurun
• Produktivitas dan partisipasi masyarakat berkurang
5. DAMPAK PERILAKU KESEHATAN
• Missed doses (melewatkan dosis obat)
• Kontrol tertunda atau tidak teratur
• Engagement in care menurun (keterlibatan dalam pelayanan menurun)
• Koping maladaptif (misalnya penggunaan alkohol, merokok, penyalahgunaan zat, makan berlebihan, dll.)
6. DAMPAK KLINIS DAN KEHIDUPAN
• Kepatuhan ART menurun
• Risiko treatment failure meningkat (virologic failure, resistensi obat)
• Kualitas hidup menurun
• Risiko infeksi oportunistik meningkat
• Risiko perawatan di rumah sakit meningkat
• Risiko bunuh diri pada kondisi berat
KECEMASAN SEMAKIN DIPERTAHANKAN
Siklus ini dapat berlanjut dan memperburuk kondisi pasien.
Intervensi pada setiap titik dalam siklus dapat membantu memutus rantai kecemasan dan meningkatkan kualitas hidup pasien HIV.

Model tersebut menunjukkan bahwa kecemasan dapat menjadi bagian dari suatu *feedback loop*. Karena itu, semakin dini kecemasan dikenali, semakin besar peluang untuk mencegah berkembangnya konsekuensi lebih luas.

DAFTAR PUSTAKA

Abdu, Z., Belayneh, W., Dule, A., Alemu, S. S., Wedajo, L. F., Hajure, M., Tesfaye, G. M., Workneh, Y. A., Gezimu, W., Hussen, M. A., Tefera, B., & Habib, S. (2025). Adult HIV/AIDS patients are more likely to experience anxiety symptoms. *Frontiers in Psychiatry, 16*, 1507020. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1507020.

Evangeli, M., & Wroe, A. L. (2017). HIV disclosure anxiety: A systematic review and theoretical synthesis. *AIDS and Behavior, 21*, 1–11. https://doi.org/10.1007/s10461-016-1453-3.

Fauk, N. K., Mwanri, L., Hawke, K., Mohammadi, L., & Ward, P. R. (2022). Psychological and social impact of HIV on women living with HIV and their families in low- and middle-income Asian countries: A systematic search and critical review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*, 6668. https://doi.org/10.3390/ijerph19116668.

Ji, J., Zhang, Y., Ma, Y., Jia, L., Cai, M., Li, Z., Zhang, T., & Guo, C. (2024). People who living with HIV/AIDS also have a high prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 15*, 1259290.
https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1259290.

Mirzaian, S. (2021). The role of health hardiness and anxiety on immune system and quality of life patients with HIV. *Journal of Modern Psychology, 1*(1), 25–36. https://doi.org/10.22034/JMP.2021.127955.

Nanfuka, E. K., Kafuko, A., Nakanjako, R., Ssenfuuma, J. T., & Kaawa-Mafigiri, D. (2024). 'You are always worried and have no peace, you cannot be a normal adolescent': A qualitative study of the effects of mental health problems on the social functioning of adolescents living with HIV in Uganda. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care, 23*, 1–18. https://doi.org/10.1177/23259582241298166.

Obeagu, E. I., & Alsadi, R. A. (2025). Mind and immunity: Exploring the interplay between HIV and mental health disorders—A review. *Universal Journal of Pharmaceutical Research, 10*(3), 63–69. https://doi.org/10.22270/ujpr.v10i3.1358.

Shan, Y., Sun, G., Ji, J., Li, Z., Chen, X., Zhang, X., Ma, Y., Zhang, Y., Zhang, T., & Zhang, Y. (2024). Brain function abnormalities and neuroinflammation in people living with HIV-associated anxiety disorders. *Frontiers in Psychiatry, 15*, 1336233. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1336233.

Wykowski, J., Kemp, C. G., Velloza, J., Rao, D., & Drain, P. K. (2019). Associations between anxiety and adherence to antiretroviral medications in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *AIDS and Behavior, 23*(8), 2059–2071. https://doi.org/10.1007/s10461-018-02390-8.

BAB 7

PENGKAJIAN KECEMASAN PADA PASIEN HIV

Pengkajian merupakan tahap awal dan salah satu komponen paling menentukan dalam proses keperawatan. Pada pasien HIV, pengkajian kecemasan memerlukan pendekatan yang lebih komprehensif dibandingkan sekadar menanyakan apakah pasien merasa cemas. Kecemasan pada pasien HIV dapat berhubungan dengan kondisi fisik, perkembangan penyakit, pengobatan, stigma, *disclosure*, hubungan keluarga, pekerjaan, kondisi ekonomi, ketakutan terhadap penularan, maupun masa depan. Oleh karena itu, pengkajian perlu menjangkau aspek biologis, psikologis, sosial, dan perilaku secara terpadu.

Pentingnya pengkajian kesehatan mental pada pasien HIV semakin kuat karena masalah psikologis dapat tidak teridentifikasi apabila pelayanan terlalu berfokus pada indikator klinis dan terapi antiretroviral. Penelitian Nasir *et al*. (2023) di Indonesia menunjukkan bahwa interaksi perawat–pasien dalam pelayanan HIV masih dapat lebih berpusat pada pengobatan dan *self-care*, sementara masalah psikologis pasien memperoleh perhatian yang lebih terbatas. Dalam penelitian tersebut, pasien melaporkan berbagai pengalaman seperti kesulitan dalam akses sosial, stigma dan *self-stigma*, berkurangnya harapan hidup, serta kekhawatiran mengenai kematian.

Temuan tersebut menegaskan bahwa pengkajian pasien HIV seharusnya tidak hanya bertanya:

"Apakah obat diminum secara teratur?"

tetapi juga:

"Bagaimana perasaan pasien menjalani kehidupan dengan HIV?"

"Apa yang paling dikhawatirkan pasien?"

"Bagaimana kecemasan memengaruhi kehidupan sehari-harinya?"

"Apa yang dilakukan pasien untuk mengatasi kecemasan tersebut?"

"Siapa yang dapat membantu pasien?"

Dengan pendekatan demikian, pengkajian berubah dari proses pengumpulan gejala menjadi upaya memahami pengalaman hidup pasien secara utuh.

7.1 Tujuan Pengkajian Psikososial

Pengkajian psikososial bertujuan memperoleh gambaran menyeluruh mengenai respons psikologis pasien terhadap HIV serta interaksi antara kondisi tersebut dengan keluarga, lingkungan sosial, pekerjaan, ekonomi, keyakinan, dan perilaku kesehatan.

Dalam konteks kecemasan, tujuan utama pengkajian adalah mengidentifikasi keberadaan, tingkat, sumber, faktor yang mempertahankan, dampak, dan sumber daya yang dimiliki pasien untuk mengatasi kecemasan.

Pengkajian psikososial mempunyai beberapa tujuan penting.

Mengidentifikasi adanya kecemasan

Tidak semua pasien akan secara spontan mengatakan bahwa dirinya cemas. Sebagian pasien datang dengan keluhan fisik seperti:

- sulit tidur;
- jantung berdebar;
- sakit kepala;
- kelelahan;
- mual;
- ketegangan;
- atau sulit berkonsentrasi.

Karena gejala tersebut dapat berasal dari kecemasan maupun kondisi medis, perawat perlu mengeksplorasi dengan hati-hati.

Menentukan sumber kecemasan

Setelah kecemasan teridentifikasi, pertanyaan berikutnya adalah:

"Apa yang membuat pasien cemas?"

Sumbernya dapat berupa:

- kondisi kesehatan;
- *viral load* atau CD4;
- efek samping ART;
- ketakutan kematian;
- stigma;

- *disclosure*;
- pasangan;
- risiko penularan;
- ekonomi;
- pekerjaan;
- keluarga;
- atau ketidakpastian masa depan.

Penelitian pada pasien HIV menunjukkan bahwa faktor seperti usia, *disclosure*, *alcohol use disorder*, dan *perceived stigma* dapat berhubungan dengan kecemasan (Abdu *et al*., 2025; Armoon *et al*., 2022).

Menentukan tingkat keparahan

Pengkajian perlu membedakan antara kecemasan ringan yang masih adaptif dengan kecemasan yang telah mengganggu kehidupan. Pertanyaan penting bukan hanya:

"Seberapa cemas pasien?"

tetapi juga:

"Seberapa besar kecemasan tersebut mengganggu fungsi pasien?"

Menilai dampak fungsional

Perawat perlu mengevaluasi apakah kecemasan telah memengaruhi:

- tidur;
- makan;
- aktivitas;
- pekerjaan;

- pendidikan;
- hubungan keluarga;
- hubungan seksual;
- kehidupan sosial;
- kontrol kesehatan;
- dan kepatuhan ART.

Hal ini penting karena kecemasan yang lebih tinggi pada pasien HIV telah dikaitkan dengan gangguan fungsi interpersonal dan sosial (Ahmed *et al*., 2021; Shehzad *et al*., 2024).

Menilai faktor risiko dan protektif

Faktor risiko dapat berupa stigma, dukungan sosial rendah, penyakit penyerta, penggunaan zat, masalah ekonomi, maupun pengalaman diskriminasi (Ahmed *et al*., 2021; Armoon *et al*., 2022; Nguyen *et al*., 2025; Shehzad *et al*., 2024). Sebaliknya, faktor protektif dapat berupa:

- keluarga yang suportif;
- dukungan sosial;
- koping adaptif;
- keterlibatan dalam pelayanan;
- pengetahuan HIV yang baik;
- dan kemampuan mencari bantuan.

Menilai risiko keselamatan

Pengkajian psikososial juga perlu mengidentifikasi:

- *hopelessness*;
- *self-harm*;

- ide bunuh diri;
- rencana bunuh diri;
- atau perilaku berisiko lainnya (Armoon *et al*., 2022).

Dengan demikian, tujuan akhir pengkajian bukan hanya menghasilkan skor, tetapi menjawab pertanyaan klinis: Apa masalah pasien? Apa yang menyebabkannya? Seberapa berat dampaknya? Apa sumber daya yang dimiliki pasien? Dan bantuan apa yang diperlukan?

7.2 Prinsip Komunikasi Terapeutik dalam Pengkajian

Kualitas data psikososial sangat bergantung pada kualitas hubungan antara pasien dan perawat.

Pasien HIV dapat sangat berhati-hati dalam menyampaikan informasi karena berkaitan dengan status penyakit, hubungan seksual, pasangan, stigma, penggunaan zat, dan *disclosure*. Penelitian Nasir *et al*. (2023) menunjukkan bahwa pasien tidak selalu mudah mengungkapkan seluruh perasaan, keinginan, dan harapannya kepada tenaga keperawatan. Pendekatan komunikasi terapeutik memungkinkan persoalan fisik, psikologis, dan sosial dieksplorasi secara lebih komprehensif.

Beberapa prinsip penting perlu diterapkan.

1. **Menjamin privasi dan kerahasiaan**

   Sebelum memulai pengkajian, pasien perlu merasa bahwa informasi yang disampaikan akan dijaga sesuai prinsip kerahasiaan profesional. Hal ini sangat penting karena HIV merupakan kondisi yang masih sangat terkait dengan stigma. Pengkajian sebaiknya dilakukan

di tempat yang memungkinkan percakapan tidak didengar pihak lain. Perawat dapat menjelaskan bahwa informasi akan digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan pasien sesuai ketentuan yang berlaku.

2. **Mengembangkan hubungan saling percaya**

   Trust tidak selalu terbentuk dalam satu kali pertemuan. Perawat perlu:

   - memperkenalkan diri;
   - menjelaskan tujuan percakapan;
   - menggunakan bahasa yang mudah dipahami;
   - mendengarkan dengan sungguh-sungguh;
   - dan menunjukkan konsistensi.

   Pasien yang belum siap membicarakan suatu masalah tidak seharusnya dipaksa memberikan informasi secara mendalam kecuali terdapat pertimbangan keselamatan yang memerlukan pengkajian segera.

3. **Bersikap *nonjudgmental***

   Pertanyaan mengenai HIV dapat berkaitan dengan topik yang sensitif. Perawat perlu menghindari komunikasi yang mengandung penilaian moral. Sebagai contoh, daripada bertanya:

   "Mengapa Anda tidak memberi tahu pasangan?"

   lebih terapeutik untuk mengatakan:

   "Apa yang membuat Anda belum merasa siap menyampaikan status HIV kepada pasangan?"

   Kalimat kedua memberi ruang kepada pasien untuk menjelaskan pengalaman tanpa merasa disalahkan.

4. **Menggunakan pertanyaan terbuka**

   Pertanyaan terbuka membantu pasien menggambarkan pengalaman dengan bahasanya sendiri. Contoh:

   "Apa yang paling sering Anda pikirkan sejak mengetahui status HIV?"

   "Hal apa yang paling membuat Anda merasa khawatir?"

   "Apa yang biasanya terjadi ketika rasa cemas itu muncul?"

   "Bagaimana kecemasan tersebut memengaruhi aktivitas sehari-hari?"

   Setelah informasi umum diperoleh, perawat dapat menggunakan pertanyaan yang lebih spesifik.

5. **Mendengarkan aktif**

   Mendengarkan aktif tidak hanya berarti diam ketika pasien berbicara. Perawat perlu memperhatikan:

   - isi pembicaraan;
   - nada suara;
   - perubahan ekspresi;
   - jeda;
   - kontak mata;
   - respons tubuh;
   - dan ketidaksesuaian antara pernyataan verbal dan nonverbal.

Pasien mungkin mengatakan:

"Tidak ada masalah."

Namun tampak tegang, menghindari kontak mata, atau menangis ketika membicarakan keluarga. Respons tersebut perlu dieksplorasi secara lembut.

6. **Menggunakan klarifikasi dan refleksi**

   Klarifikasi memastikan perawat memahami maksud pasien. Misalnya:

   "Ketika Anda mengatakan takut, apakah yang paling Anda takutkan adalah kondisi kesehatan memburuk atau keluarga mengetahui status HIV?"

   Refleksi dapat digunakan untuk membantu pasien mengenali emosinya:

   "Dari cerita Anda, tampaknya ketidakpastian mengenai pasangan cukup membuat Anda tertekan."

7. **Memberikan waktu**

   Pasien mungkin memerlukan waktu sebelum menjawab pertanyaan sensitif. Diam terapeutik dapat digunakan untuk memberi kesempatan pasien mengorganisasi pikirannya.

8. **Menjaga pendekatan berpusat pada pasien**

   Nasir *et al*. (2023) menekankan pentingnya pelayanan keperawatan yang berorientasi pada pendekatan individual dan hubungan interpersonal dengan pasien serta keluarganya. Artinya, perawat tidak hanya mengikuti daftar pertanyaan, tetapi memperhatikan apa yang bagi pasien dianggap paling penting.

7.3 Pengkajian Tanda dan Gejala Kecemasan

Pengkajian tanda dan gejala kecemasan perlu mencakup empat domain utama: fisiologis, kognitif, emosional, dan perilaku.

A. Gejala fisiologis

Perawat dapat menanyakan adanya:

- jantung berdebar;
- napas terasa pendek;
- berkeringat;
- tremor;
- ketegangan otot;
- sakit kepala;
- pusing;
- mual;
- gangguan gastrointestinal;
- kelelahan;
- gangguan tidur;
- atau rasa tidak nyaman di dada.

Namun pada pasien HIV terdapat prinsip penting: gejala fisik tidak boleh langsung dianggap sebagai akibat kecemasan. Pasien dapat mengalami gejala akibat:

- HIV;
- infeksi oportunistik;
- efek samping ART;
- anemia;

- gangguan metabolik;
- penyakit jantung;
- penyakit respirasi;
- atau komorbiditas lainnya.

Karena itu, pengkajian harus mengintegrasikan informasi medis.

B. Gejala kognitif

Perawat perlu mengeksplorasi pola pikir pasien. Contoh pertanyaan:

"Apa yang biasanya terlintas dalam pikiran ketika rasa cemas muncul?"

"Apakah sulit menghentikan pikiran tersebut?"

"Apakah Anda sering membayangkan hal terburuk akan terjadi?"

Manifestasi dapat berupa:

- *excessive worry*;
- *rumination*;
- *catastrophic thinking*;
- kesulitan berkonsentrasi;
- perhatian berlebihan pada tubuh;
- kesulitan mengambil keputusan;
- atau preokupasi terhadap status HIV.

Contoh:

gejala fisik ringan → "HIV saya pasti memburuk" → "ART saya gagal" → "Saya akan mengalami AIDS."

Pola pikiran tersebut perlu dicatat karena dapat menjadi sasaran intervensi berikutnya.

C. Gejala emosional

Manifestasi emosional meliputi:

- khawatir;
- takut;
- tegang;
- tidak aman;
- mudah tersinggung;
- panik;
- kehilangan rasa kontrol;
- dan ketidaktenangan.

Perawat perlu mengeksplorasi intensitas dan durasinya. Pertanyaan dapat diarahkan pada:

"Dalam satu minggu terakhir, seberapa sering rasa cemas muncul?"

"Berapa lama biasanya berlangsung?"

"Apakah kecemasan tersebut dapat Anda kendalikan?"

D. Manifestasi perilaku

Perilaku dapat memberikan informasi penting yang terkadang tidak terlihat dalam skor instrumen. Pengkajian mencakup:

- menarik diri;
- menghindari keluarga;
- menghindari hubungan pasangan;

- menghindari klinik;
- menyembunyikan obat;
- mengurangi aktivitas sosial;
- *reassurance seeking*;
- memeriksa tubuh secara berlebihan;
- penggunaan alkohol atau zat;
- dan ketidakpatuhan ART.

E. Dampak terhadap fungsi

Pengkajian gejala harus selalu diikuti dengan pertanyaan:

"Apa dampaknya terhadap kehidupan pasien?"

Contohnya:

- apakah pasien tetap bekerja?
- apakah pasien tetap berinteraksi dengan keluarga?
- apakah tidur terganggu?
- apakah ART tetap diminum?
- apakah kontrol tetap dilakukan?

Studi pada pasien HIV di Pakistan oleh Ahmed *et al*. (2021) menunjukkan bahwa kecemasan yang lebih tinggi berkaitan dengan keterampilan sosial yang lebih buruk, interaksi sosial yang lebih sedikit, dan kesulitan hubungan interpersonal.

7.4 Pengkajian Faktor Pencetus dan Faktor Risiko

Setelah gejala dikenali, perawat perlu mengidentifikasi faktor yang mencetuskan atau mempertahankan kecemasan. Pengkajian sebaiknya mencakup beberapa kelompok faktor.

Faktor terkait diagnosis

Pertanyaan dapat mencakup:

- Kapan pertama kali mengetahui status HIV?
- Bagaimana respons saat diagnosis?
- Apakah diagnosis telah diterima?
- Apakah masih sering mempertanyakan atau menyangkal hasil diagnosis?

Faktor klinis

Perlu dikaji:

- lama terdiagnosis;
- kondisi gejala;
- CD4;
- *viral load*;
- komorbiditas;
- riwayat rawat inap;
- pengalaman infeksi oportunistik;
- efek samping ART;
- dan persepsi pasien terhadap perkembangan penyakit.

Studi Ahmed *et al*. (2021) mengumpulkan faktor klinis seperti *viral load*, CD4, komorbiditas, lama ART, serta faktor demografi ketika menilai kecemasan dan depresi pada pasien HIV.

Faktor psikologis

Pengkajian mencakup:

- riwayat kecemasan sebelumnya;

- depresi;
- trauma;
- riwayat konseling;
- rasa bersalah;
- *self-stigma*;
- *fear of death*;
- dan *hopelessness*.

Faktor sosial

Perawat perlu menilai:

- *disclosure*;
- stigma;
- diskriminasi;
- status pasangan;
- hubungan keluarga;
- kondisi pekerjaan;
- kondisi ekonomi;
- tempat tinggal;
- dan dukungan sosial.

Dalam penelitian Abdu *et al*. (2025), usia, riwayat pernah menemui konselor, *disclosure status*, *alcohol use disorder*, dan *perceived stigma* tinggi berhubungan secara signifikan dengan kecemasan. Ahmed *et al*. (2021) juga menemukan hubungan kecemasan dengan usia muda, tidak memiliki pendidikan formal, *detectable viral load*, dukungan sosial yang rendah atau sedang, penggunaan zat terlarang, dan stigma HIV.

7.5 Pengkajian Mekanisme Koping

Tidak semua pasien menghadapi kecemasan dengan cara yang sama. Koping perlu dikaji karena cara pasien merespons kecemasan dapat menentukan apakah masalah akan berkurang atau semakin berat.

Pertanyaan yang dapat digunakan antara lain:

"Apa yang biasanya Anda lakukan ketika merasa cemas?"

"Apa yang membuat Anda merasa sedikit lebih tenang?"

"Apakah Anda berbicara dengan seseorang?"

"Apakah ada aktivitas tertentu yang membantu?"

Koping adaptif

Dapat berupa:

- mencari informasi;
- berbicara dengan keluarga;
- mencari dukungan teman;
- berkonsultasi dengan perawat atau dokter;
- aktivitas fisik;
- relaksasi;
- doa atau aktivitas spiritual;
- *problem solving*;
- mempertahankan aktivitas produktif;
- dan mengikuti kelompok sebaya.

Koping maladaptif

Dapat berupa:

- *denial*;

- menghindari masalah;
- isolasi sosial;
- menghentikan obat;
- tidak datang kontrol;
- penggunaan alkohol;
- penggunaan zat;
- agresivitas;
- atau ketergantungan berlebihan terhadap *reassurance*.

Dalam pengkajian, perawat perlu membedakan antara koping yang menurunkan kecemasan sementara dan koping yang benar-benar membantu adaptasi jangka panjang.

Sebagai contoh: menghindari klinik mungkin menurunkan kecemasan hari itu, tetapi meningkatkan ketidakpastian kesehatan dan berpotensi mempertahankan kecemasan.

Pengkajian juga perlu melihat efektivitas koping:

"Setelah melakukan itu, apakah rasa cemas benar-benar berkurang atau hanya sementara?"

7.6 Pengkajian Dukungan Keluarga dan Sosial

Dukungan sosial merupakan faktor penting dalam kesehatan mental pasien HIV. Pengkajian perlu membedakan antara keberadaan jaringan sosial dan dukungan yang benar-benar dirasakan pasien. Seseorang dapat tinggal bersama banyak anggota keluarga tetapi tetap merasa tidak mempunyai orang yang dapat dipercaya.

Perawat dapat mengeksplorasi:

- siapa yang mengetahui status HIV;

- siapa yang paling dipercaya;
- bagaimana respons keluarga;
- apakah pasien dapat berbicara tentang masalahnya;
- apakah ada bantuan ketika kontrol atau minum obat;
- apakah ada konflik;
- dan apakah pasien merasa diterima.

Pertanyaan yang dapat digunakan:

"Siapa orang pertama yang biasanya Anda hubungi ketika mempunyai masalah?"

"Siapa yang mengetahui kondisi HIV Anda?"

"Bagaimana respons mereka?"

"Apakah Anda merasa didukung atau justru lebih tertekan setelah mereka mengetahui?"

Multidimensional Scale of Perceived Social Support

MSPSS merupakan salah satu instrumen yang digunakan dalam penelitian pasien HIV. Instrumen ini menilai persepsi dukungan dari tiga sumber utama:

- keluarga;
- teman;
- dan *significant other*.

MSPSS terdiri dari 12 item. Dalam penelitian Nguyen *et al*. (2025), instrumen menggunakan skala Likert tujuh poin dan skor lebih tinggi menunjukkan *perceived social support* yang lebih baik.

Dalam penelitian Ahmed *et al*. (2021), skor rata-rata MSPSS dikelompokkan menjadi:

- 1–2,9: dukungan rendah;
- 3–5: dukungan sedang;
- 5,1–7: dukungan kuat.

Penggunaan instrumen dapat membantu melengkapi hasil wawancara klinis.

Dukungan keluarga juga perlu dievaluasi secara khusus. Penelitian Shehzad *et al*. (2024) menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang lebih tinggi berhubungan dengan berkurangnya skor masalah kesehatan mental, sedangkan *perceived discrimination* berhubungan kuat dengan *distress* psikologis.

7.7 Pengkajian Stigma dan Diskriminasi

Pengkajian stigma merupakan bagian penting karena pasien tidak selalu menyatakan pengalaman stigma secara langsung.

Stigma HIV dapat berbentuk:

- *perceived stigma* — pasien merasa dirinya dipandang negatif;
- *enacted stigma* — pasien benar-benar mengalami tindakan diskriminatif;
- *anticipated stigma* — pasien memperkirakan diskriminasi akan terjadi;
- *internalized stigma* — pasien menerima stereotip negatif tersebut sebagai pandangan mengenai dirinya sendiri.

Armoon *et al*. (2022) menjelaskan keempat bentuk stigma tersebut dan menunjukkan bahwa stigma HIV berhubungan dengan kecemasan, depresi, dan *suicidal ideation*. Dalam

meta-analisis tersebut, pasien dengan diagnosis kecemasan memiliki kemungkinan 1,89 kali lebih tinggi melaporkan stigma terkait HIV.

Pengkajian dapat menggunakan pertanyaan seperti:

Perceived stigma:

"Apakah Anda merasa orang memandang Anda berbeda karena HIV?"

Enacted stigma:

"Apakah Anda pernah mengalami perlakuan tidak menyenangkan setelah orang mengetahui status HIV Anda?"

Anticipated stigma:

"Apakah Anda khawatir sesuatu akan terjadi apabila orang lain mengetahui status Anda?"

Internalized stigma:

"Bagaimana status HIV memengaruhi cara Anda melihat diri sendiri?"

Perawat juga perlu bertanya mengenai lokasi stigma:

- keluarga;
- pasangan;
- masyarakat;
- pekerjaan;
- pelayanan kesehatan;
- atau lingkungan keagamaan.

Stigma dalam pelayanan kesehatan sangat penting karena dapat menurunkan rasa aman pasien untuk mencari pertolongan. Armoon *et al*. (2022) mencatat bahwa

diskriminasi terhadap pasien HIV juga dapat terjadi di fasilitas kesehatan, termasuk penolakan pelayanan, pelanggaran *confidentiality*, dan praktik merendahkan.

Instrumen stigma

HIV Stigma Scale

HIV Stigma Scale dikembangkan untuk menilai pengalaman stigma pasien HIV. Versi awal terdiri dari 40 item dengan beberapa domain, termasuk *personalized stigma*, *disclosure concerns*, *negative self-image*, dan *public attitudes*. Versi singkat 12-item juga telah dikembangkan. Dalam studi Nguyen *et al*. (2025), HIV Stigma Scale versi singkat menunjukkan reliabilitas yang baik.

Internalized AIDS-Related Stigma Scale

Ahmed *et al*. (2021) menggunakan Internalized AIDS-Related Stigma Scale (IARSS) enam item. Dalam penelitian tersebut skor 1–4 dikategorikan tidak mengalami stigma dan skor 5–6 dikategorikan mengalami stigma.

Pemilihan instrumen perlu disesuaikan dengan tujuan, bahasa, populasi, dan validasi lokal.

7.8 Instrumen Pengukuran Kecemasan

Instrumen merupakan alat bantu untuk membuat pengkajian lebih sistematis dan objektif. Namun instrumen tidak menggantikan wawancara klinis.

Skor harus diinterpretasikan bersama:

- cerita pasien;
- observasi;
- fungsi sehari-hari;

- kondisi medis;
- faktor psikososial;
- dan *clinical judgment*.

Beberapa instrumen yang digunakan pada populasi HIV dalam referensi yang diberikan adalah sebagai berikut.

1. Beck Anxiety Inventory (BAI)

BAI merupakan instrumen *self-report* yang terdiri dari 21 item dan menilai gejala fisik serta kognitif kecemasan selama satu minggu terakhir. Setiap item dinilai dari 0 sampai 3 sehingga skor total berada pada rentang 0–63.

Dalam penelitian Abdu *et al*. (2025) pada pasien HIV:

Skor BAI	**Interpretasi**
0–7	Kecemasan minimal
8–15	Kecemasan ringan
16–25	Kecemasan sedang
26–63	Kecemasan berat

Bagheri *et al*. (2021) juga menggunakan BAI pada pasien HIV. Instrumen tersebut terdiri dari 21 gejala, dinilai dengan skala 0 sampai 3, dan skor yang lebih tinggi menunjukkan tingkat kecemasan yang lebih tinggi. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa BAI mempunyai *measurement invariance* antara kelompok pasien HIV dan kelompok sehat dalam populasi yang mereka teliti (Bagheri *et al*., 2021).

BAI cukup menonjolkan gejala somatik sehingga pada pasien HIV hasilnya perlu dibaca bersama kondisi medis.

2. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

HADS digunakan untuk menilai gejala kecemasan dan depresi dan mempunyai keunggulan karena kedua domain dinilai dalam satu instrumen.

Instrumen terdiri dari 14 item, yaitu:

- 7 item kecemasan;
- 7 item depresi.

Dalam studi Ahmed *et al*. (2021) pada pasien HIV, skor ≥ 8 pada subskala digunakan sebagai indikator adanya kecemasan atau depresi. Penelitian tersebut menggunakan HADS bersama pengkajian stigma, dukungan sosial, kondisi demografis, dan parameter klinis HIV (Ahmed *et al*., 2021).

HADS berguna ketika perawat ingin melakukan *screening* kecemasan dan depresi secara bersamaan.

3. Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)

GAD-7 merupakan instrumen *self-assessment* tujuh item yang menilai gejala kecemasan selama dua minggu terakhir.

Setiap item dinilai:

- 0 = tidak pernah;
- 1 = beberapa hari;
- 2 = lebih dari separuh hari;
- 3 = hampir setiap hari.

Skor lebih tinggi menunjukkan gejala kecemasan yang lebih berat.

Dalam penelitian Nguyen *et al*. (2025) pada pasien HIV di Vietnam, interpretasinya adalah:

Skor GAD-7	**Interpretasi**
0–4	Tidak ada/minimal
5–9	Ringan
10–14	Sedang
≥ 15	Berat

Keunggulan GAD-7 adalah singkat sehingga relatif mudah diterapkan sebagai *screening* dalam pelayanan rutin.

4. Instrumen tambahan

Dalam penelitian HIV, pengkajian kecemasan sering dikombinasikan dengan instrumen psikososial lain karena kecemasan sangat berkaitan dengan fungsi sosial, stigma, dan dukungan.

Beberapa instrumen tersebut adalah:

- MSPSS — dukungan sosial;
- HIV Stigma Scale — stigma HIV;
- IARSS — *internalized stigma*;
- PozQoL — kualitas hidup pada pasien HIV;
- serta instrumen fungsi sosial tertentu.

Nguyen *et al*. (2025) menggunakan GAD-7, PHQ-9, MSPSS, HIV Stigma Scale, dan PozQoL secara bersamaan untuk

menggambarkan hubungan kesehatan mental, stigma, dukungan sosial, dan kualitas hidup pada orang yang hidup dengan HIV.

Pendekatan multidimensional tersebut relevan karena skor kecemasan saja tidak selalu menjelaskan sumber dan konsekuensi masalah.

7.9 Interpretasi Hasil Pengukuran Kecemasan

Interpretasi tidak boleh berhenti pada kategori skor.

Sebagai contoh:

BAI = 18

tidak cukup diinterpretasikan sebagai:

“pasien mengalami kecemasan sedang.”

Interpretasi yang lebih bermakna adalah:

“Pasien memperoleh skor BAI 18 yang berada pada kategori kecemasan sedang. Kecemasan terutama dipicu oleh kekhawatiran terhadap *disclosure* kepada pasangan, disertai gangguan tidur dan penurunan konsentrasi, tetapi pasien masih bekerja dan mempertahankan kepatuhan ART.”

Interpretasi demikian memberikan gambaran klinis yang jauh lebih berguna.

Setidaknya enam hal perlu diperhatikan.

1. **Perhatikan instrumen yang digunakan**

   Kategori BAI tidak boleh digunakan untuk GAD-7. Setiap instrumen mempunyai sistem skor dan tujuan sendiri.

2. **Bedakan *screening* dan diagnosis**

   Instrumen seperti BAI, HADS, dan GAD-7 terutama membantu mengidentifikasi dan mengukur gejala. Skor tinggi tidak secara otomatis merupakan diagnosis gangguan kecemasan tertentu. Diagnosis klinis memerlukan penilaian lebih lanjut sesuai kompetensi profesional dan kriteria diagnostik yang berlaku.

3. **Pertimbangkan kondisi fisik**

   Beberapa gejala kecemasan menyerupai gejala penyakit. Karena itu, skor yang tinggi pada item somatik perlu dinilai bersama:

   - penyakit penyerta;
   - efek ART;
   - kondisi fisik;
   - dan pemeriksaan medis.

4. **Perhatikan fungsi**

   Dua pasien dengan skor sama dapat mempunyai tingkat gangguan fungsi berbeda.

   - Pasien A: GAD-7 sedang, masih bekerja, tidur relatif baik, ART teratur.
   - Pasien B: GAD-7 sedang, tidak bekerja, tidak tidur, tidak datang kontrol, dan mengisolasi diri.

   Pasien B membutuhkan perhatian yang lebih intens meskipun kategori skor sama.

5. **Perhatikan perubahan dari waktu ke waktu**

   Pengukuran berulang dapat digunakan untuk melihat perkembangan. Misalnya:

awal: BAI 30 → setelah intervensi: BAI 19 → evaluasi berikutnya: BAI 10.

Hal ini dapat menunjukkan adanya perbaikan, tetapi tetap perlu dibandingkan dengan perubahan fungsi dan pengalaman subjektif pasien.

6. **Jangan menginterpretasikan kecemasan secara terpisah**

   Kecemasan pada HIV berkaitan erat dengan stigma dan dukungan sosial. Dalam studi Vietnam oleh Nguyen *et al*. (2025), *anxiety symptoms* berhubungan positif dengan HIV *stigma* dan berhubungan negatif dengan kualitas hidup. Dukungan sosial juga mempunyai hubungan dengan stigma.

7.10 Dokumentasi Hasil Pengkajian

Dokumentasi merupakan tahap penting karena hasil pengkajian menjadi dasar diagnosis keperawatan, intervensi, evaluasi, komunikasi antarprofesi, dan kesinambungan pelayanan.

Berdasarkan struktur pengkajian yang digunakan dalam penelitian-penelitian yang diberikan, informasi psikologis perlu dibaca bersama data demografi, kondisi klinis, fungsi sosial, stigma, dukungan sosial, dan hasil instrumen. Sebagai contoh, penelitian Ahmed *et al*. (2021) mengintegrasikan data demografi, *viral load*, CD4, komorbiditas, lama ART, stigma, dukungan sosial, serta HADS dalam satu proses pengkajian.

Secara praktis dalam dokumentasi keperawatan, hasil pengkajian kecemasan dapat disusun dalam beberapa komponen.

A. Data subjektif

Mencatat apa yang disampaikan pasien.

Contoh: Pasien mengatakan sering merasa khawatir sejak mengetahui status HIV. Kekhawatiran terutama berkaitan dengan kemungkinan pasangan mengetahui status HIV dan takut hubungan berakhir. Pasien mengatakan sulit tidur selama satu minggu terakhir.

B. Data objektif

Mencatat hasil observasi dan pengukuran.

Contoh: Pasien tampak tegang, berbicara cepat, dan beberapa kali meremas tangan selama wawancara. Kontak mata intermiten. Skor GAD-7 = 13, termasuk kategori kecemasan sedang.

C. Faktor pencetus

Contoh: Kecemasan meningkat sejak pasien merencanakan pernikahan dan mempertimbangkan *disclosure* kepada pasangan.

D. Faktor yang mempertahankan

Contoh: Pasien menghindari pembicaraan mengenai status HIV dengan pasangan dan belum mempunyai orang lain yang mengetahui statusnya.

E. Mekanisme koping

Contoh: Pasien mengatasi kecemasan dengan bekerja dan berdoa. Tidak ditemukan penggunaan alkohol atau zat sebagai koping. Pasien belum pernah mendapatkan konseling psikologis.

F. Dukungan sosial

Contoh: Status HIV belum diketahui keluarga. Pasien mengidentifikasi satu teman dekat sebagai sumber dukungan, tetapi belum mengungkapkan status HIV kepadanya.

G. Dampak fungsional

Contoh: Tidur terganggu, tetapi pasien masih dapat bekerja. ART diminum teratur dan tidak terdapat *missed dose* dalam satu minggu terakhir.

H. Risiko keselamatan

Contoh: Pasien menyangkal adanya pikiran menyakiti diri atau ide bunuh diri.

Jika ditemukan risiko, dokumentasi harus menggambarkan hasil pengkajian dan tindak lanjut yang dilakukan sesuai prosedur layanan.

I. Rencana tindak lanjut

Contoh: Dilakukan edukasi mengenai kecemasan, latihan pernapasan, penguatan kepatuhan ART, serta perencanaan konseling lanjutan untuk membahas *disclosure* dan strategi koping.

Contoh Format Pengkajian Kecemasan pada Pasien HIV

Untuk kepentingan praktik keperawatan, Bab ini dapat dilengkapi dengan format ringkas sebagai berikut:

Komponen	**Hal yang Dikaji**
Keluhan utama	Kekhawatiran utama pasien
Onset	Sejak kapan kecemasan muncul
Frekuensi	Seberapa sering terjadi
Durasi	Berapa lama berlangsung
Intensitas	Ringan, sedang, berat atau berdasarkan instrumen
Pencetus	Kesehatan, ART, stigma, *disclosure*, pasangan, ekonomi, pekerjaan
Fisiologis	Palpitasi, sesak, tremor, tidur, ketegangan
Kognitif	*Worry*, *rumination*, *catastrophic thinking*
Emosional	Takut, tegang, tidak aman, panik
Perilaku	*Avoidance*, *withdrawal*, *reassurance seeking*
Fungsi	Pekerjaan, keluarga, sosial, aktivitas
ART	Kepatuhan, *missed dose*, kekhawatiran obat

Komponen	Hal yang Dikaji
Stigma	*Perceived*, *enacted*, *anticipated*, *internalized*
Disclosure	Siapa yang tahu dan kekhawatiran *disclosure*
Dukungan	Keluarga, teman, pasangan, tenaga kesehatan
Koping	Adaptif dan maladaptif
Risiko	*Self-harm*, *suicidal ideation*, *hopelessness*
Instrumen	BAI/HADS/GAD-7 sesuai kebutuhan
Rencana	Edukasi, monitoring, intervensi, kolaborasi/rujukan

Format tersebut bukan pengganti instrumen baku, melainkan kerangka untuk memastikan bahwa pengkajian tidak hanya berfokus pada skor.

Alur Pengkajian Kecemasan pada Pasien HIV

Secara sederhana, proses pengkajian dapat digambarkan sebagai:

Membangun hubungan terapeutik
⟶ Menjamin privasi dan kerahasiaan
⟶ Mengidentifikasi keluhan dan kekhawatiran utama

↓

Mengidentifikasi tanda dan gejala kecemasan
⟶ Menilai pencetus dan faktor risiko
⟶ Menilai stigma dan disclosure

↓

Menilai dukungan keluarga dan sosial
⟶ Menilai koping dan fungsi kehidupan
⟶ Menggunakan instrumen bila diperlukan

↓

Menginterpretasikan skor dalam konteks klinis
⟶ Menilai risiko keselamatan
⟶ Mendokumentasikan hasil

↓

Menentukan kebutuhan intervensi atau kolaborasi

Pendekatan tersebut menempatkan instrumen sebagai salah satu bagian dari pengkajian, bukan sebagai pusat seluruh pengkajian.

Hal-Hal yang Perlu Diwaspadai dalam Pengkajian

Beberapa kondisi memerlukan perhatian lebih lanjut.

Pertama, kecemasan berat disertai gangguan fungsi yang nyata, misalnya pasien tidak mampu bekerja, tidak tidur, atau tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari.

Kedua, kecemasan yang mengganggu terapi, seperti menghentikan ART, sering melewatkan dosis, atau menghindari kontrol.

Ketiga, penggunaan alkohol atau zat sebagai strategi mengatasi kecemasan. Penelitian Abdu *et al*. (2025) menemukan *alcohol use disorder* berhubungan dengan kecemasan pada pasien HIV.

Keempat, stigma atau diskriminasi berat yang menyebabkan pasien kehilangan dukungan, pekerjaan, atau akses pelayanan (Armoon *et al*., 2022; Shehzad *et al*., 2024).

Kelima, *hopelessness*, *suicidal ideation*, atau *self-harm*. Kondisi tersebut memerlukan pengkajian keselamatan dan tindak lanjut segera sesuai sistem pelayanan (Armoon *et al*., 2022).

Keenam, keluhan somatik yang tampak sebagai kecemasan tetapi mungkin merupakan masalah medis. Perawat harus menghindari *premature psychologization*, yaitu terlalu cepat menganggap keluhan pasien berasal dari kecemasan sebelum penyebab fisik yang relevan dipertimbangkan.

Peran Perawat dalam Pengkajian

Peran perawat dalam pengkajian kecemasan tidak sebatas sebagai pengumpul data. Perawat berperan sebagai:

- *observer*, dengan mengenali perubahan verbal dan nonverbal;
- *therapeutic communicator*, dengan menciptakan suasana aman agar pasien dapat berbicara;
- *assessor*, dengan mengintegrasikan data fisik dan psikososial;
- *educator*, dengan meluruskan informasi keliru yang meningkatkan kecemasan;
- *advocate*, terutama apabila pasien mengalami stigma atau hambatan memperoleh pelayanan;
- *coordinator*, dengan mengenali kapan pasien membutuhkan keterlibatan tenaga kesehatan mental.

Penelitian kualitatif Indonesia oleh Nasir *et al*. (2023) menegaskan bahwa melalui interaksi perawat–pasien yang lebih individual dan terapeutik, perawat dapat memahami

pengalaman hidup pasien secara lebih mendalam dan memperkuat kualitas hubungan interpersonal dalam pelayanan HIV.

Selain itu, integrasi layanan kesehatan mental ke dalam pelayanan HIV memberikan peluang agar masalah psikologis dapat ditemukan dan ditangani lebih awal. *Scoping review* Conteh *et al*. (2023) menunjukkan bahwa integrasi pelayanan HIV dan kesehatan mental berhubungan dengan perbaikan diagnosis dan penanganan masalah mental serta sejumlah luaran psikososial pasien.

Pengkajian kecemasan pada pasien HIV merupakan proses multidimensional yang bertujuan memahami tidak hanya seberapa tinggi kecemasan, tetapi juga mengapa kecemasan muncul, bagaimana pasien meresponsnya, dan sejauh mana kecemasan tersebut memengaruhi kehidupannya.

Hubungan terapeutik merupakan fondasi pengkajian. Kerahasiaan, sikap *nonjudgmental*, kemampuan mendengarkan, pertanyaan terbuka, dan pendekatan individual sangat penting karena sebagian informasi menyangkut area sensitif seperti stigma, *disclosure*, pasangan, perilaku seksual, dan penggunaan zat. Penelitian pada pasien HIV di Indonesia memperlihatkan pentingnya komunikasi terapeutik agar masalah fisik, psikologis, dan sosial dapat dieksplorasi secara komprehensif (Nasir *et al*., 2023).

Pengkajian kecemasan perlu mencakup tanda dan gejala fisiologis, kognitif, emosional, dan perilaku; faktor pencetus dan risiko; mekanisme koping; dukungan keluarga dan sosial; serta stigma dan diskriminasi (Ahmed *et al*., 2021; Armoon *et al*., 2022; Nguyen *et al*., 2025; Shehzad *et al*., 2024). Instrumen seperti BAI, HADS, dan GAD-7 dapat membantu proses *screening* dan pengukuran tingkat gejala. BAI, misalnya, membagi skor menjadi minimal 0–7, ringan 8–15, sedang 16–

25, dan berat 26–63 (Abdu *et al*., 2025; Bagheri *et al*., 2021), sedangkan GAD-7 menggunakan kategori 0–4, 5–9, 10–14, dan ≥ 15 (Nguyen *et al*., 2025).

Namun, angka tidak boleh menjadi satu-satunya dasar penilaian. Hasil instrumen perlu selalu diinterpretasikan bersama sumber kecemasan, kondisi medis, fungsi kehidupan, kepatuhan ART, stigma, dukungan sosial, koping, serta risiko keselamatan pasien.

Dengan demikian, hasil pengkajian yang baik bukan sekadar:

"Skor kecemasan pasien = 18."

melainkan:

"Pasien mengalami kecemasan sedang yang terutama berkaitan dengan kekhawatiran *disclosure* kepada pasangan, ditandai gangguan tidur dan preokupasi terhadap kemungkinan penolakan; fungsi pekerjaan masih dipertahankan, ART tetap teratur, dukungan sosial terbatas, dan tidak ditemukan ide menyakiti diri."

Informasi semacam inilah yang dapat menjadi dasar perencanaan intervensi keperawatan yang individual, terarah, dan berpusat pada kebutuhan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Abdu, Z., Belayneh, W., Dule, A., Alemu, S. S., Wedajo, L. F., Hajure, M., Tesfaye, G. M., Workneh, Y. A., Gezimu, W., Hussen, M. A., Tefera, B., & Habib, S. (2025). Adult HIV/AIDS patients are more likely to experience anxiety symptoms. *Frontiers in Psychiatry, 16*, 1507020. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1507020.

Ahmed, A., Saqlain, M., Umair, M. M., Hashmi, F. K., Saeed, H., Amer, M., Blebil, A. Q., & Dujaili, J. A. (2021). Stigma, social support, illicit drug use, and other predictors of anxiety and depression among HIV/AIDS patients in Pakistan: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health, 9*, 745545. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.745545.

Armoon, B., Fleury, M.-J., Bayat, A.-H., Fakhri, Y., Higgs, P., Fattah Moghaddam, L., & Gonabadi-Nezhad, L. (2022). HIV related stigma associated with social support, alcohol use disorders, depression, anxiety, and suicidal ideation among people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Systems, 16*, 17. https://doi.org/10.1186/s13033-022-00527-w.

Bagheri, Z., Noorshargh, P., Shahsavar, Z., & Jafari, P. (2021). Assessing the measurement invariance of the 10-item Centre for Epidemiological Studies Depression Scale and Beck Anxiety Inventory questionnaires across people living with HIV/AIDS and healthy people. *BMC Psychology, 9*, 42. https://doi.org/10.1186/s40359-021-00546-1.

Conteh, N. K., Latona, A., & Mahomed, O. (2023). Mapping the effectiveness of integrating mental health in HIV programs: A scoping review. *BMC Health Services Research, 23*, 396. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09359-x.

Nasir, A., Yusuf, A., Makhfudli, Harianto, S., Okviasanti, F., & Kartini, Y. (2023). Living experiences of people living with HIV-AIDS from the client's perspective in nurse-client interaction in Indonesia: A qualitative study. *PLOS ONE, 18*(2), e0282049. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282049.

Nguyen, V. H. A., Tran, T. N. A., Vu, T. T., Phan, Y. T. H., Nguyen, T. T. N., Tran-Thien, G.-P., & Tran-Chi, V.-L. (2025). The interplay of psychological distress, stigma, and social support in determining quality of life among Vietnamese people living with HIV. *Discover Mental Health, 5*, 48. https://doi.org/10.1007/s44192-025-00171-z.

Shehzad, M., Khan, M. L., & Khan, S. A. (2024). Perceived social stigma, family support and mental health issues in individuals living with HIV/AIDS. *Journal of Health and Rehabilitation Research, 4*(2). https://doi.org/10.61919/jhrr.v4i2.760.

BAGIAN IV — PENATALAKSANAAN KECEMASAN

BAB 8

PENDEKATAN KEPERAWATAN PADA PASIEN HIV YANG MENGALAMI KECEMASAN

Kemajuan terapi antiretroviral telah mengubah HIV menjadi kondisi kronis yang dapat dikelola dalam jangka panjang. Namun, keberhasilan pengendalian virus tidak secara otomatis menghilangkan beban psikologis pasien. Orang yang hidup dengan HIV tetap dapat mengalami kecemasan akibat diagnosis, ketidakpastian perkembangan penyakit, stigma, *disclosure*, efek terapi, hubungan pasangan, risiko penularan, kondisi ekonomi, pekerjaan, serta masa depan.

Kondisi tersebut menyebabkan pelayanan HIV tidak cukup hanya berorientasi pada aspek biologis. Pendekatan yang komprehensif harus mengintegrasikan kesehatan fisik dan kesehatan psikososial.

Perawat menempati posisi strategis dalam pelayanan tersebut karena mempunyai kontak yang relatif kontinu dengan pasien. *Systematic review* Davoudi *et al*. (2023) menegaskan bahwa dukungan psikologis merupakan salah satu peran tradisional perawat. Berbagai intervensi yang dapat dilakukan perawat mencakup edukasi tatap muka maupun virtual, pemberian informasi tertulis, *motivational interviewing*, *case management*, kunjungan rumah, pelayanan *home care*, serta tindak lanjut tatap muka dan melalui telepon. Intervensi tersebut dilaporkan memberikan manfaat pada

berbagai aspek, termasuk kualitas hidup, perilaku berisiko, pengelolaan penyakit, kepatuhan terapi, dan kesehatan psikologis.

Temuan tersebut menunjukkan bahwa perawat tidak hanya berperan dalam mendeteksi kecemasan dan merujuk pasien. Perawat juga dapat melakukan sejumlah intervensi psikososial secara langsung, sesuai kompetensi, tingkat keparahan masalah, dan kebutuhan pasien.

8.1 Peran Perawat dalam Kesehatan Psikososial Pasien HIV

Peran perawat dalam pelayanan pasien HIV telah berkembang dari pelayanan yang terutama berorientasi pada fisik dan terapi menjadi pelayanan yang lebih holistik. Kondisi psikologis, sosial, spiritual, dan perilaku kesehatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kondisi klinis pasien.

Davoudi *et al*. (2023) menegaskan bahwa karena perawat memiliki hubungan yang lebih kontinu dengan pasien HIV, perawat mempunyai peran utama dalam pemberian dukungan psikologis. Dukungan tersebut ditujukan untuk meningkatkan kesejahteraan kognitif, emosional, psikologis, dan perilaku pasien serta membantu pasien membuat keputusan, beradaptasi dengan penyakit, dan menghadapi diskriminasi.

Pada pasien yang mengalami kecemasan, beberapa peran utama perawat dapat dijelaskan sebagai berikut.

Perawat sebagai pendeteksi awal masalah psikologis

Perawat sering berinteraksi dengan pasien pada saat:

- kunjungan ART;
- pemberian obat;
- pemeriksaan rutin;
- rawat inap;
- pelayanan komunitas;
- atau konseling kesehatan.

Interaksi tersebut memberikan kesempatan untuk mengenali perubahan psikologis sebelum pasien secara khusus meminta bantuan kesehatan mental.

Perawat dapat mengenali:

- pasien yang tampak sangat tegang;
- gangguan tidur;
- kekhawatiran berlebihan;
- perubahan kepatuhan ART;
- menarik diri;
- ketakutan terhadap pemeriksaan;
- maupun perubahan hubungan sosial.

Deteksi dini menjadi penting karena gangguan kecemasan pada pasien HIV dapat tidak teridentifikasi apabila pelayanan hanya berfokus pada masalah klinis (Conteh *et al*., 2023; Davoudi *et al*., 2023).

Perawat sebagai pemberi dukungan emosional

Tidak semua pasien yang cemas membutuhkan intervensi spesialis secara langsung. Sebagian pasien membutuhkan terlebih dahulu:

- seseorang yang mendengarkan;
- validasi pengalaman emosional;
- informasi yang benar;
- rasa aman;
- serta kesempatan mengungkapkan kekhawatiran.

Dukungan emosional tidak berarti sekadar mengatakan kepada pasien agar "jangan khawatir". Perawat membantu pasien memahami sumber kecemasan dan mengidentifikasi apa yang dapat dikendalikan.

Perawat sebagai educator

Perawat membantu mengoreksi mispersepsi yang dapat mempertahankan kecemasan. Contohnya: "HIV pasti segera menjadi AIDS."

atau: "Kalau saya sekali lupa minum obat berarti pengobatan sudah gagal."

Ketakutan yang didasarkan pada informasi yang keliru memerlukan pendekatan edukatif.

Program *nurse-led* multi-komponen yang dirancang oleh Gulati *et al*. (2025) menempatkan edukasi sebagai komponen penting yang mencakup pengetahuan HIV, ART, cara penggunaan terapi, pengelolaan efek samping, *adherence*, nutrisi, *prevention*, *psychological care*, *relaxation*, *positive thinking*, *psychosocial support*, *family support*, serta stigma dan diskriminasi.

Perawat sebagai fasilitator koping

Perawat membantu pasien mengenali:

- strategi koping yang selama ini digunakan;
- efektivitas strategi tersebut;
- serta alternatif koping yang lebih adaptif.

Pasien dapat diarahkan kepada teknik sederhana seperti:

- *relaxation*;
- latihan pernapasan;
- *positive reframing*;
- aktivitas bermakna;
- *problem solving*;
- atau pencarian dukungan sosial.

Perawat sebagai advokat

Pasien HIV mungkin mengalami stigma atau diskriminasi. Perawat mempunyai peran dalam mempertahankan:

- martabat pasien;
- *confidentiality*;
- hak memperoleh pelayanan;
- dan perlakuan yang tidak diskriminatif.

Perawat sebagai koordinator pelayanan

Tidak semua kecemasan dapat ditangani oleh perawat secara mandiri. Perawat perlu mengidentifikasi kapan pasien membutuhkan:

- dokter yang menangani HIV;
- psikolog;

- psikiater;
- pekerja sosial;
- konselor HIV;
- farmasis;
- atau tenaga kesehatan lainnya.

Karena itu, kompetensi penting perawat bukan hanya mengetahui apa yang dapat dilakukan, tetapi juga kapan perlu berkolaborasi dan merujuk (Chuah *et al*., 2017; Dungca-Lorilla *et al*., 2025; Karam *et al*., 2018).

8.2 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan dasar seluruh keputusan keperawatan. Pada pasien HIV yang mengalami kecemasan, pengkajian harus bersifat multidimensional karena kecemasan dapat muncul dari interaksi antara kondisi biologis, psikologis, sosial, dan lingkungan.

Pengkajian mencakup setidaknya lima kelompok data.

A. Kondisi fisik dan klinis

Data yang dikaji antara lain:

- kondisi umum;
- tanda vital jika relevan;
- keluhan fisik;
- adanya infeksi atau komorbiditas;
- ART yang sedang digunakan;
- efek samping;
- kepatuhan;

- riwayat rawat inap;
- serta data klinis yang tersedia seperti CD4 dan *viral load*.

Tujuannya adalah memastikan bahwa manifestasi seperti palpitasi, *fatigue*, gangguan tidur, atau sesak tidak langsung diasumsikan sebagai kecemasan semata.

B. Kondisi psikologis

Perawat perlu menilai:

- sumber kecemasan;
- onset;
- durasi;
- frekuensi;
- intensitas;
- tingkat kontrol terhadap kekhawatiran;
- pola pikir;
- rasa takut;
- gangguan konsentrasi;
- tidur;
- *hopelessness*;
- dan risiko *self-harm*.

Instrumen yang telah dibahas pada Bab 7, seperti BAI, HADS, atau GAD-7, dapat digunakan sebagai pelengkap pengkajian. Namun, *self-rating scale* merupakan alat *screening* dan tidak identik dengan diagnosis klinis gangguan kecemasan. Literatur menegaskan bahwa diagnosis gangguan kecemasan formal membutuhkan penilaian diagnostik yang lebih ketat

dan dapat memerlukan keterlibatan profesional kesehatan mental (Chuah *et al*., 2017; Conteh *et al*., 2023; Dungca-Lorilla *et al*., 2025).

C. Kondisi sosial

Pengkajian meliputi:

- keluarga;
- pasangan;
- pekerjaan;
- ekonomi;
- *disclosure*;
- stigma;
- diskriminasi;
- dukungan sosial;
- serta isolasi sosial (Nasir *et al*., 2023).

D. Koping

Perawat menanyakan: "Ketika merasa cemas, apa yang biasanya Anda lakukan?"

Koping dapat bersifat adaptif seperti meminta dukungan, relaksasi, atau *problem solving*. Sebaliknya, dapat ditemukan:

- *avoidance*;
- isolasi;
- penggunaan alkohol;
- penggunaan zat;
- atau ketidakpatuhan ART.

E. Dampak fungsional

Perawat perlu mengetahui apakah kecemasan telah mengganggu:

- tidur;
- aktivitas;
- pekerjaan;
- pendidikan;
- hubungan sosial;
- hubungan pasangan;
- kepatuhan;
- dan kunjungan pelayanan kesehatan.

Hasil pengkajian selanjutnya digunakan untuk menentukan masalah prioritas pasien, bukan hanya kategori skor kecemasan.

8.3 Diagnosis Keperawatan yang Berkaitan dengan Kecemasan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang menjadi fokus intervensi keperawatan.

Pada pasien HIV, ansietas/kecemasan dapat menjadi diagnosis utama apabila hasil pengkajian menunjukkan adanya kekhawatiran atau rasa takut yang sulit dikendalikan dan menimbulkan manifestasi fisiologis, emosional, kognitif, atau perilaku. Namun, pasien yang sama dapat mempunyai beberapa masalah keperawatan lain yang saling berkaitan.

Ansietas

Dapat ditandai oleh:

- rasa khawatir;
- takut;
- ketegangan;
- sulit tidur;
- palpitasi;
- gelisah;
- sulit berkonsentrasi;
- preokupasi mengenai HIV;
- atau *anticipatory anxiety*.

Faktor yang berkaitan dapat berupa:

- perubahan status kesehatan;
- ketidakpastian prognosis;
- stigma;
- *disclosure*;
- efek terapi;
- kondisi pasangan;
- atau perubahan peran sosial.

Koping individu tidak efektif

Dapat dipertimbangkan apabila pasien menggunakan strategi yang tidak membantu penyelesaian masalah, seperti:

- *avoidance* berkepanjangan;
- *denial* persisten;

- menarik diri;
- penggunaan alkohol;
- atau menghentikan terapi.

Gangguan pola tidur

Kecemasan sering mengganggu kemampuan pasien untuk memulai atau mempertahankan tidur. Namun perlu dilakukan penilaian penyebab lain seperti efek obat, kondisi klinis, atau pola hidup.

Isolasi sosial atau gangguan interaksi sosial

Dapat terjadi apabila pasien menarik diri karena:

- takut stigma;
- takut *disclosure*;
- merasa berbeda;
- atau menganticipasi penolakan.

Defisit pengetahuan

Dapat ditemukan apabila kecemasan diperkuat oleh pemahaman yang tidak akurat mengenai:

- HIV;
- prognosis;
- ART;
- penularan;
- atau efek samping.

Masalah terkait harga diri atau konsep diri

Internalized stigma dapat menyebabkan pasien memandang dirinya secara negatif.

Ketidakpatuhan atau masalah pengelolaan regimen terapeutik

Kecemasan dapat berkaitan dengan:

- lupa minum obat;
- *avoidance*;
- penyembunyian ART;
- atau ketakutan terhadap efek samping.

Hubungan antara gangguan psikologis dan pengelolaan ART penting diperhatikan karena kondisi mental dapat berdampak pada kepatuhan dan keberhasilan pengobatan (Davoudi *et al*., 2023; Gulati *et al*., 2025).

Risiko perilaku menyakiti diri

Apabila pasien menunjukkan *hopelessness*, *suicidal ideation*, atau perilaku *self-harm*, keselamatan menjadi prioritas utama.

Dengan demikian, diagnosis tidak ditentukan hanya berdasarkan adanya HIV, tetapi berdasarkan respons individual pasien yang ditemukan melalui pengkajian.

8.4 Penentuan Luaran Keperawatan

Setelah diagnosis ditentukan, perawat menetapkan hasil yang diharapkan. Luaran harus:

- spesifik, jelas mengenai perubahan yang ingin dicapai;
- dapat diamati atau diukur;
- realistis sesuai keadaan pasien;
- berpusat pada pasien;
- dan memiliki kerangka waktu.

Tujuan penanganan tidak selalu berarti:

“pasien sama sekali tidak pernah merasa cemas.”

Tujuan yang lebih realistis adalah:

“pasien mampu mengenali dan mengelola kecemasan sehingga tidak mengganggu fungsi kehidupan dan pengelolaan HIV.”

Beberapa domain luaran yang relevan meliputi:

Penurunan tingkat kecemasan

Indikator dapat berupa:

- pasien melaporkan kekhawatiran menurun;
- ketegangan berkurang;
- gejala fisiologis berkurang;
- tidur membaik;
- dan skor instrumen menurun.

Peningkatan kemampuan mengontrol kecemasan

Pasien mampu:

- mengenali pencetus;
- mengenali pikiran yang meningkatkan kecemasan;
- menggunakan teknik relaksasi;
- meminta bantuan;
- atau menggunakan strategi *coping* yang sesuai.

Peningkatan pengetahuan

Pasien memahami:

- kondisi HIV;

- ART;
- cara penularan;
- prognosis;
- efek samping;
- dan pentingnya *follow-up*.

Peningkatan koping

Pasien mulai mengganti strategi maladaptif dengan strategi adaptif.

Peningkatan dukungan

Pasien mampu mengidentifikasi sumber dukungan yang aman.

Peningkatan kepatuhan terapi

Pasien mempertahankan jadwal ART dan kunjungan pelayanan (Gulati *et al*., 2025).

Peningkatan fungsi

Pasien kembali atau tetap mampu menjalankan:

- aktivitas sehari-hari;
- pekerjaan;
- hubungan keluarga;
- dan aktivitas sosial.

Penentuan luaran perlu dilakukan bersama pasien. Misalnya, pasien mungkin tidak menjadikan "*disclosure* kepada keluarga" sebagai tujuannya. Tujuan yang lebih sesuai dapat berupa:

"Pasien mampu mempertimbangkan manfaat dan risiko *disclosure* secara tenang serta membuat keputusan yang dianggap aman."

Pendekatan ini mempertahankan *patient autonomy*.

8.5 Perencanaan Intervensi Keperawatan

Perencanaan intervensi merupakan tahap memilih tindakan yang paling sesuai dengan penyebab dan dampak kecemasan. Prinsip pentingnya adalah: intervensi harus berbasis masalah, bukan hanya berbasis diagnosis.

Dua pasien sama-sama mengalami kecemasan, tetapi sumbernya dapat sangat berbeda.

Pasien A: cemas karena takut ART gagal.

Pasien B: cemas karena pasangan belum mengetahui status HIV.

Maka intervensinya tidak dapat identik.

Perencanaan dapat mencakup beberapa kelompok tindakan.

Intervensi untuk menurunkan *arousal*

Pada pasien yang menunjukkan ketegangan fisiologis:

- menciptakan lingkungan tenang;
- mengurangi stimulus yang tidak perlu;
- latihan pernapasan;
- *relaxation*;
- dan membantu pasien mengenali sensasi tubuh.

Program *nurse-led* yang diberikan dalam referensi secara khusus memasukkan *ways to manage stress* dan demonstrasi *relaxation technique* sebagai bagian dari *psychological care* pasien HIV (Gulati *et al*., 2025).

Intervensi kognitif dan edukatif

Jika kecemasan berasal dari informasi yang salah, tindakan utamanya adalah:

- eksplorasi pemahaman;
- koreksi mispersepsi;
- pemberian informasi bertahap;
- dan verifikasi kembali pemahaman pasien.

Intervensi *coping*

Perawat membantu pasien:

- mengenali pencetus;
- mengidentifikasi respons;
- mengevaluasi *coping* lama;
- mengembangkan *problem solving*;
- mencari dukungan;
- dan menyusun tindakan yang realistis.

Intervensi sosial

Apabila masalah berkaitan dengan isolasi atau stigma:

- identifikasi jaringan dukungan;
- diskusikan *peer support* bila tersedia;
- fasilitasi keterlibatan keluarga dengan persetujuan pasien;

- dan beri edukasi anti-stigma.

Intervensi terkait ART

Jika kecemasan mengganggu pengobatan:

- identifikasi penyebab *missed doses*;
- diskusikan cara menyimpan dan mengonsumsi obat;
- berikan edukasi efek samping;
- gunakan *reminder* bila sesuai;
- dan kolaborasi dengan tim ART apabila ada masalah terapi.

Nurse-led education mengenai ART tidak berhenti ketika pengobatan dimulai. Referensi yang diberikan menekankan bahwa pendidikan mengenai ART dimulai sebelum terapi dan perlu berlangsung secara kontinu karena faktor pasien, terapi, *clinician*, dan sistem kesehatan dapat memengaruhi *adherence* (Gulati *et al*., 2025).

Penentuan kebutuhan kolaborasi

Perencanaan harus mencakup batas tindakan mandiri. Kecemasan berat, gangguan fungsi signifikan, komorbid depresi, *substance use*, *suicidal ideation*, atau kebutuhan farmakoterapi memerlukan kolaborasi dengan profesional yang sesuai (Chuah *et al*., 2017; Dungca-Lorilla *et al*., 2025; Karam *et al*., 2018).

8.6 Implementasi Tindakan Keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan rencana yang telah disusun bersama pasien.

Systematic review Davoudi *et al*. (2023) memberikan gambaran kuat mengenai bentuk intervensi psikososial yang dapat dilakukan perawat. Intervensi yang dilaporkan antara lain edukasi virtual dan tatap muka, informasi tertulis, *motivational interviewing*, *case management*, *home visit*, *home care*, serta tindak lanjut melalui pertemuan dan telepon.

Dalam konteks kecemasan, implementasi dapat dilakukan melalui beberapa langkah.

Tahap pertama: menciptakan rasa aman

Pada pasien dengan kecemasan tinggi:

- pindahkan ke lingkungan yang lebih tenang jika memungkinkan;
- gunakan nada suara tenang;
- duduk pada posisi yang nyaman;
- hindari terlalu banyak pertanyaan sekaligus;
- dan berikan waktu.

Pesan yang diberikan sebaiknya singkat dan jelas.

Tahap kedua: mengidentifikasi fokus kecemasan

Perawat membantu pasien mengubah kecemasan yang umum menjadi masalah yang lebih spesifik.

Contoh:

Pasien: “Saya takut dengan semuanya.”

Perawat dapat membantu: "Dari kondisi kesehatan, obat, keluarga, dan pekerjaan, bagian mana yang saat ini paling membuat Anda khawatir?"

Ketika masalah menjadi spesifik, pasien lebih mudah mengembangkan strategi.

Tahap ketiga: mengajarkan pengendalian fisiologis

Teknik sederhana dapat digunakan, misalnya: latihan pernapasan perlahan dan terkontrol.

Prinsipnya:

1. duduk nyaman;
2. tarik napas perlahan;
3. fokus pada pola pernapasan;
4. buang napas perlahan;
5. ulangi sampai ketegangan mulai berkurang (Gulati *et al*., 2025).

Tujuannya bukan "menghilangkan HIV" atau menyelesaikan seluruh masalah, tetapi menurunkan *physiological arousal* sehingga pasien dapat berpikir lebih jernih.

Tahap keempat: membantu *problem solving*

Perawat dapat menggunakan langkah:

Apa masalahnya? → Apa yang dapat dikendalikan? → Pilihan tindakan apa yang tersedia? → Apa manfaat dan risikonya? → Pilihan mana yang paling realistis? → Kapan dilaksanakan? → Bagaimana hasilnya dievaluasi?

Misalnya pada *disclosure*:

Bukan: "Anda harus memberitahu keluarga."

Tetapi: "Mari kita lihat kepada siapa Anda merasa aman untuk berbicara, apa manfaatnya, apa yang Anda khawatirkan, dan dukungan apa yang diperlukan jika Anda memutuskan melakukan *disclosure*."

Tahap kelima: memperkuat *coping* adaptif

Perawat memberikan *reinforcement* terhadap kemampuan yang telah dimiliki pasien.

Misalnya: "Ketika cemas Anda tetap datang kontrol dan berbicara dengan konselor. Strategi itu membantu Anda tetap terhubung dengan pelayanan."

Tahap keenam: mempertahankan *continuity*

Intervensi kecemasan tidak ideal jika hanya dilakukan sekali. *Follow-up* dapat digunakan untuk menilai:

- apakah kecemasan berkurang;
- apakah latihan dilakukan;
- bagaimana *adherence*;
- apakah terdapat stresor baru;
- dan apakah perlu rujukan.

Bukti *systematic review* menunjukkan bahwa *follow-up* tatap muka maupun telepon merupakan salah satu bentuk intervensi yang dapat dilakukan secara langsung oleh perawat pada pasien HIV (Davoudi *et al*., 2023).

8.7 Evaluasi Hasil Asuhan Keperawatan

Evaluasi merupakan proses menentukan apakah intervensi mencapai luaran yang telah disepakati. Evaluasi tidak cukup dilakukan dengan pertanyaan: "Apakah pasien sudah tidak cemas?" Evaluasi perlu multidimensional.

Evaluasi subjektif

Tanyakan:

- apakah pasien merasa lebih tenang;
- apakah kekhawatiran berkurang;
- apakah mampu mengontrol pikiran;
- apakah strategi yang diajarkan membantu.

Evaluasi objektif

Perhatikan:

- tingkat ketegangan;
- agitasi;
- konsentrasi;
- kemampuan berkomunikasi;
- dan pola tidur jika terdokumentasi.

Evaluasi menggunakan instrumen

Jika pada *baseline* digunakan BAI, HADS, atau GAD-7, instrumen yang sama dapat digunakan kembali sesuai konteks untuk menilai perubahan.

Evaluasi fungsi

Pertanyaan yang lebih penting adalah: "Apakah pasien kembali mampu menjalani kehidupannya?"

Perhatikan:

- bekerja;
- belajar;
- berinteraksi;
- menjalankan aktivitas;
- mempertahankan hubungan;
- serta mengikuti pelayanan HIV.

Evaluasi *adherence*

Periksa:

- *missed doses*;
- kepatuhan kontrol;
- pengambilan obat;
- dan hambatan terapi (Gulati *et al*., 2025).

Evaluasi koping

Apakah pasien masih: menghindar, menggunakan alkohol, atau menarik diri?

Atau mulai: mencari informasi, menggunakan relaksasi, melakukan *problem solving*, dan mencari dukungan?

Hasil evaluasi dapat menghasilkan tiga keputusan:

- luaran tercapai → intervensi dipertahankan dan pasien dipersiapkan untuk *self-management*;
- luaran tercapai sebagian → intervensi dilanjutkan atau dimodifikasi;
- luaran tidak tercapai/kondisi memburuk → lakukan *reassessment*, cari faktor baru, dan pertimbangkan kolaborasi atau rujukan.

Systematic review mengenai intervensi perawat menunjukkan hasil positif pada berbagai domain, tetapi penulis juga menekankan heterogenitas penelitian dan belum dapat menentukan besarnya efek setiap intervensi secara kuantitatif (Davoudi *et al*., 2023). Oleh karena itu, efektivitas intervensi tetap perlu dinilai pada setiap pasien secara individual.

8.8 Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik bukan sekadar satu tindakan di dalam asuhan. Komunikasi terapeutik merupakan medium melalui mana hampir seluruh intervensi psikososial diberikan.

Abraham *et al*. (2024) mendefinisikan *therapeutic communication* sebagai komunikasi dalam hubungan profesional perawat–pasien yang bertujuan mendukung *healing* dan *recovery*. Komunikasi terapeutik modern menekankan *patient-centered care*, *active listening*, *empathy*, serta perhatian terhadap latar budaya dan preferensi individu.

Pada pasien HIV dengan kecemasan, beberapa teknik sangat penting.

Mendengarkan aktif

Perawat memberikan kesempatan pasien menjelaskan ketakutannya tanpa segera memberi solusi.

Pertanyaan terbuka

Contoh: "Apa yang paling Anda khawatirkan mengenai kondisi Anda sekarang?"

Refleksi

"Anda tampaknya sangat khawatir jika keluarga mengetahui status ini."

Klarifikasi

"Ketika mengatakan takut obat tidak berhasil, apakah kekhawatiran itu muncul karena hasil pemeriksaan atau karena ada gejala tertentu?"

Validasi emosional

"Situasi ini memang menimbulkan banyak hal yang perlu Anda pikirkan."

Validasi tidak berarti menyetujui seluruh interpretasi pasien, tetapi mengakui pengalaman emosionalnya.

***Silence* terapeutik**

Diam memberikan kesempatan pasien mengorganisasi pikiran dan emosi.

Pemberian informasi

Informasi diberikan ketika pasien siap menerima, dengan bahasa yang mudah dipahami. Penggunaan jargon perlu dihindari. Review Abraham *et al*. (2024) menunjukkan bahwa penggunaan istilah teknis yang tidak dipahami pasien dapat menyebabkan kegagalan edukasi dan meningkatkan kesalahpahaman, kecemasan, serta kebingungan.

Empati

Empati merupakan elemen utama. Kurangnya empati dapat memperburuk komunikasi dan bahkan berkaitan dengan meningkatnya kecemasan pasien serta hasil klinis yang buruk (Abraham *et al*., 2024; Appiah *et al*., 2023).

Menghindari *false reassurance*

Kalimat seperti: "Tidak usah takut, semuanya pasti baik-baik saja" sebaiknya dihindari.

Lebih terapeutik: "Kita dapat membahas apa yang paling Anda khawatirkan dan melihat bagian mana yang dapat kita bantu."

Komunikasi yang efektif juga memiliki konsekuensi terhadap perilaku kesehatan. *Scoping review* menunjukkan bahwa komunikasi terapeutik yang efektif berkaitan dengan *adherence* yang lebih baik, kepuasan pasien, pemahaman terhadap instruksi, penerimaan terhadap *guidance*, dan peningkatan *trust* (Abraham *et al*., 2024; Appiah *et al*., 2023; Nasir *et al*., 2023).

8.9 Edukasi Pasien dan Keluarga

Edukasi merupakan salah satu tindakan penting untuk mengurangi kecemasan yang berasal dari ketidakpastian dan informasi yang tidak benar.

Namun, edukasi perlu memenuhi prinsip:

- *individualized*,
- bertahap,
- sesuai literasi,
- menggunakan bahasa sederhana,
- memperkirakan atau memeriksa kembali pemahaman pasien.

Edukasi mengenai HIV

Pasien perlu memahami:

- apa itu HIV;

- perjalanan penyakit;
- perbedaan HIV dan AIDS;
- tujuan terapi;
- serta pentingnya pemantauan.

Edukasi ART

Materi mencakup:

- tujuan ART;
- cara menggunakan obat;
- *importance of adherence*;
- efek samping yang mungkin muncul;
- apa yang dilakukan ketika mengalami efek samping;
- dan kapan mencari pertolongan.

Nurse-led intervention dalam referensi memasukkan secara eksplisit pengetahuan HIV, pengenalan ART, cara minum obat, pengelolaan *common side effects*, *adherence*, nutrisi, pencegahan penularan, serta *healthy living* sebagai materi edukasi (Gulati *et al*., 2025).

Edukasi mengenai kecemasan

Pasien perlu memahami bahwa:

- kecemasan dapat muncul sebagai respons terhadap stresor;
- manifestasinya dapat berupa fisik maupun psikologis;
- kecemasan dapat dikelola;
- dan meminta bantuan bukan merupakan kegagalan.

Edukasi mengenai stigma

Perawat membantu membedakan:

- fakta mengenai HIV;
- stereotip sosial;
- dan hak pasien.

Edukasi keluarga

Keluarga dapat dilibatkan bila pasien memberikan persetujuan. Materi dapat mencakup:

- pengertian HIV;
- cara penularan dan yang bukan cara penularan;
- ART;
- pentingnya dukungan;
- kecemasan;
- cara berkomunikasi;
- stigma;
- serta bagaimana mendukung pasien tanpa terlalu mengontrol.

Edukasi keluarga penting karena salah persepsi dapat meningkatkan stigma. Literatur yang diberikan menunjukkan bahwa edukasi HIV terhadap keluarga dan komunitas dapat membantu meningkatkan penerimaan dan memungkinkan tersedianya dukungan sosial yang lebih baik (Davoudi *et al*., 2023; Nasir *et al*., 2023).

Family counselling juga dapat membantu meningkatkan pemahaman, penerimaan, dan mengurangi stigma, sementara *peer support* memberi ruang bagi pasien untuk berbagi informasi dan pengalaman dengan individu lain yang menghadapi kondisi serupa (Davoudi *et al*., 2023; Gulati *et al*., 2025).

Namun terdapat prinsip yang tidak boleh diabaikan: pelibatan keluarga harus memperhatikan *confidentiality*. Perawat tidak boleh mengungkapkan status HIV kepada keluarga tanpa persetujuan pasien, kecuali terdapat ketentuan khusus yang ditetapkan oleh hukum dan prosedur profesional yang berlaku.

8.10 Kolaborasi Interprofesional

Kecemasan pada pasien HIV dapat melibatkan kebutuhan yang melampaui satu disiplin profesi. Karena itu, pelayanan yang optimal memerlukan *interprofessional collaboration*.

Tim dapat melibatkan:

- perawat — pengkajian, edukasi, dukungan, *follow-up*, dan *care coordination*;
- dokter HIV/*infectious disease* — pengelolaan klinis HIV dan ART;

- psikiater — diagnosis dan terapi gangguan mental yang memerlukan pelayanan spesialistik atau farmakoterapi;
- psikolog — *psychological assessment* dan *psychotherapy*;
- konselor HIV — *counselling*, *disclosure support*, dan *adherence support*;
- farmasis — *medication management* dan evaluasi potensi interaksi obat;
- pekerja sosial — persoalan sosial, ekonomi, pekerjaan, dan akses layanan;
- serta profesi lain sesuai kebutuhan pasien.

Systematic review Karam *et al*. (2018) menunjukkan bahwa kolaborasi interprofesional didukung oleh unsur seperti komunikasi, *trust*, *respect*, saling mengenal kompetensi, *patient-centeredness*, serta kejelasan peran profesional.

Integrasi kesehatan mental ke pelayanan HIV

Salah satu pendekatan yang semakin penting adalah menempatkan pelayanan kesehatan mental sedekat mungkin dengan pelayanan HIV.

Scoping review Conteh *et al*. (2023) menunjukkan bahwa integrasi pelayanan *mental health* dan HIV dapat meningkatkan diagnosis dan penanganan gangguan mental. Dalam berbagai model yang ditinjau juga ditemukan perbaikan fungsi sosial, *mood*, gejala psikiatrik, dan stigma yang dilaporkan pasien.

Systematic review Chuah *et al*. (2017) mengidentifikasi tiga model utama integrasi:

- *single-facility integration*,

- *multi-facility integration*, dan
- *integrated care* yang dikoordinasikan oleh *non-physician case manager*.

Integrasi dalam satu fasilitas dapat mengurangi hambatan akses dan meningkatkan koordinasi multidisiplin, sedangkan *case manager* dapat membantu *continuity of care*, meskipun dibutuhkan pelatihan dan dukungan yang memadai (Chuah *et al*., 2017).

Collaborative Care Model

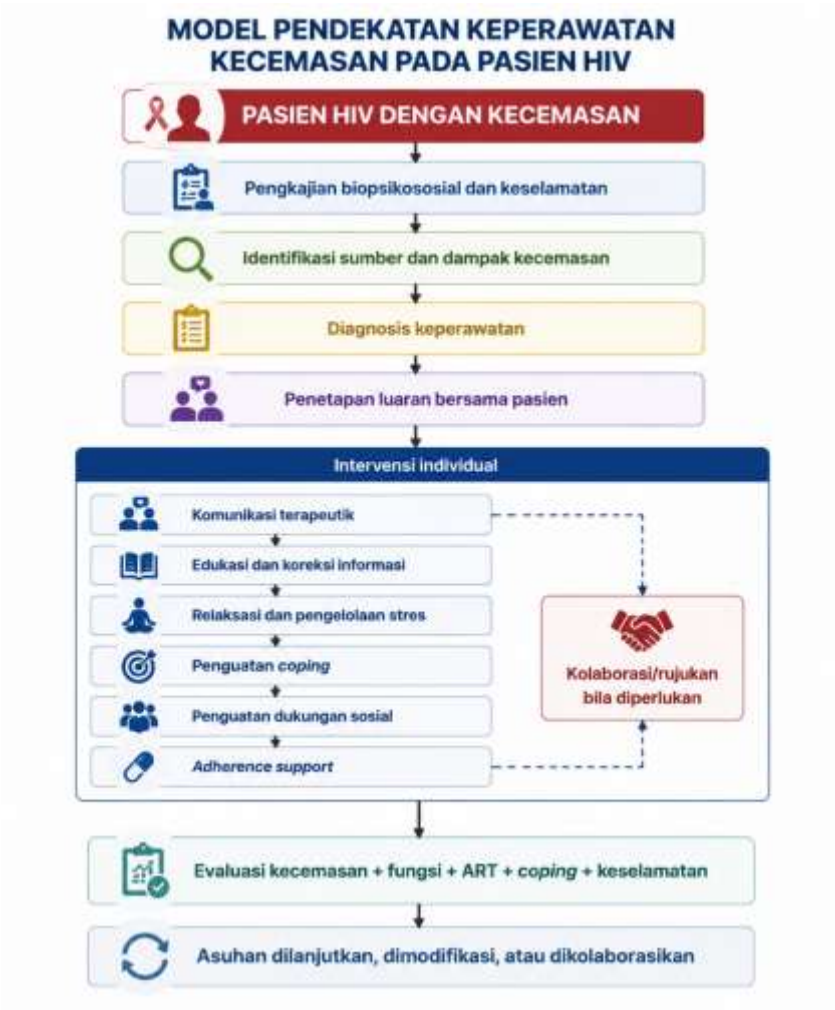
Model yang sangat relevan untuk kecemasan dan HIV adalah *Collaborative Care Model*. Dalam model ini, pelayanan bersifat *team-driven*. *Care manager* dapat berasal dari profesional *behavioral health* termasuk perawat dengan pelatihan kesehatan mental. *Care manager* memberikan *psychoeducation*, *brief behavioral interventions*, *monitoring*, serta melakukan *referral* jika diperlukan. Psikiater memberikan konsultasi kepada tim dan menangani kondisi yang lebih kompleks (Dungca-Lorilla *et al*., 2025).

Keuntungan model ini adalah pasien tidak harus sepenuhnya "keluar" dari pelayanan HIV untuk memperoleh dukungan kesehatan mental.

Penelitian implementasi di klinik HIV Filipina oleh Dungca-Lorilla *et al*. (2025) menunjukkan bahwa model *collaborative care* dianggap dapat meningkatkan akses pasien terhadap pelayanan *mental health*, walaupun hambatan seperti keterbatasan psikiater, tenaga HIV yang sudah terbebani, dan pengetahuan kesehatan mental yang belum memadai perlu diperhatikan.

Pendekatan Bertingkat Berdasarkan Keparahan Kecemasan

Berdasarkan prinsip asuhan yang dibahas, pendekatan praktis dapat disusun sebagai berikut:



Pendekatan tersebut harus tetap mempertimbangkan kondisi medis karena manifestasi somatik tidak boleh diasumsikan seluruhnya berasal dari kecemasan.

Contoh Asuhan Keperawatan Singkat

Sebagai ilustrasi, seorang pasien laki-laki usia 32 tahun telah hidup dengan HIV selama dua tahun dan menggunakan ART secara teratur. Selama satu bulan terakhir pasien sulit tidur dan terus memikirkan kemungkinan pasangannya mengetahui status HIV. Pasien mulai menghindari pertemuan dengan pasangan dan beberapa kali menunda minum ART saat bersama pasangan karena takut obatnya terlihat.

Pengkajian

Data subjektif: pasien mengatakan, "Saya takut kalau dia tahu, dia akan meninggalkan saya."

Data objektif: pasien tampak tegang, tidur berkurang, konsentrasi menurun.

Masalah utama: kecemasan terkait kemungkinan *disclosure* dan penolakan pasangan.

Faktor yang mempertahankan: *avoidance* dan penyembunyian ART.

Dampak: gangguan tidur, hubungan pasangan terganggu, risiko ketidakpatuhan ART.

Diagnosis keperawatan

Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengenai *disclosure* status HIV dan kemungkinan penolakan pasangan.

Masalah terkait yang juga perlu dipantau adalah risiko gangguan pengelolaan terapi.

Luaran

Setelah dilakukan intervensi, diharapkan pasien:

- mampu mengidentifikasi sumber kecemasan;
- melaporkan penurunan intensitas kecemasan;

- mampu melakukan teknik relaksasi;
- mampu mengevaluasi manfaat dan risiko *disclosure* secara lebih rasional;
- dan mempertahankan ART sesuai jadwal.

Intervensi

Perawat:

- membangun hubungan terapeutik;
- mengeksplorasi kekhawatiran *disclosure*;
- membantu membedakan kemungkinan dan kepastian terjadinya penolakan;
- mengajarkan *relaxation*;
- mendiskusikan strategi mempertahankan ART;
- mengidentifikasi dukungan yang aman;
- dan menawarkan konseling/kolaborasi apabila diperlukan.

Evaluasi

Setelah intervensi dan *follow-up*:

- pasien menyatakan kecemasan berkurang;
- tidur membaik;
- pasien dapat melakukan *relaxation* secara mandiri;
- ART tidak lagi dilewatkan;
- dan pasien dapat membuat rencana *disclosure* berdasarkan kesiapan serta pertimbangan kesalamatannya sendiri.

Contoh tersebut menunjukkan bahwa sasaran keperawatan bukan memaksa pasien melakukan *disclosure*, tetapi

membantu pasien mengelola kecemasan dan mengambil keputusan secara lebih adaptif.

Model tersebut menegaskan bahwa keberhasilan asuhan tidak dinilai hanya dari berkurangnya skor kecemasan, tetapi dari meningkatnya kemampuan pasien untuk mengelola kecemasan, mempertahankan terapi, menjalankan fungsi kehidupan, dan memperoleh kualitas hidup yang lebih baik.

Pendekatan keperawatan terhadap pasien HIV yang mengalami kecemasan merupakan proses sistematis yang mencakup pengkajian, diagnosis, penetapan luaran, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Keseluruhan proses harus berpusat pada pasien, mempertahankan kerahasiaan, memperhatikan konteks sosial dan budaya, serta mengintegrasikan kebutuhan fisik dan psikologis.

Perawat mempunyai posisi penting karena interaksinya yang kontinu dengan pasien memungkinkan dilakukannya deteksi dini, komunikasi terapeutik, dukungan emosional, edukasi, penguatan *coping*, pemantauan terapi, serta koordinasi pelayanan.

Bukti *systematic review* menunjukkan bahwa perawat mampu melakukan berbagai intervensi psikososial secara langsung, termasuk edukasi tatap muka maupun virtual, *motivational interviewing*, *case management*, kunjungan rumah, dan *follow-up* melalui telepon. Intervensi tersebut mempunyai potensi menghasilkan manfaat pada aspek psikologis, perilaku, *adherence*, dan kualitas hidup pasien HIV (Davoudi *et al*., 2023).

Komunikasi terapeutik merupakan fondasi intervensi tersebut. Komunikasi yang efektif membangun *trust* dan memungkinkan pasien mengungkapkan ketakutan yang

mungkin tidak disampaikan dalam pelayanan yang hanya berorientasi pada pengobatan. Sebaliknya, kurangnya empati, penggunaan jargon, beban kerja perawat, dan keterbatasan keterampilan komunikasi dapat menjadi hambatan terhadap kualitas hubungan terapeutik (Abraham *et al*., 2024; Appiah *et al*., 2023; Nasir *et al*., 2023).

Dalam kondisi yang lebih kompleks, intervensi keperawatan harus menjadi bagian dari pelayanan interprofesional. Integrasi kesehatan mental ke dalam pelayanan HIV memungkinkan pasien memperoleh pelayanan yang lebih komprehensif tanpa memisahkan secara tajam masalah biologis dan psikologis (Chuah *et al*., 2017; Conteh *et al*., 2023). Model *collaborative care* bahkan membuka ruang bagi perawat dengan pelatihan kesehatan mental untuk berperan sebagai *care manager* yang melakukan *psychoeducation*, *brief behavioral interventions*, *monitoring*, dan koordinasi dengan psikiater atau profesional lain (Dungca-Lorilla *et al*., 2025).

Dengan demikian, tujuan pendekatan keperawatan bukan sekadar membuat pasien "tidak cemas", melainkan membantu pasien mencapai keadaan di mana ia memahami kondisi yang dihadapi, mampu mengendalikan respons kecemasan, menggunakan *coping* yang adaptif, mempertahankan ART, mengakses dukungan secara aman, dan tetap menjalankan kehidupan secara bermakna.

DAFTAR PUSTAKA

Abraham, S. A., Nsatimba, F., Agyare, D. F., Agyeiwaa, J., Opoku-Danso, R., Ninnoni, J. P., Doe, P. F., Kuffour, B. O., Anumel, B. K., Berchie, G. O., Boso, C. M., Druye, A. A., Okantey, C., Owusu, G., Obeng, P., Amoadu, M., & Commey, I. T. (2024). Barriers and outcomes of therapeutic communication between nurses and patients in Africa: A scoping review. *BMC Nursing*, 23, 362. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02038-0.

Appiah, E. O., Oti-Boadi, E., Ani-Amponsah, M., Mawusi, D. G., Awuah, D. B., Menlah, A., & Ofori-Appiah, C. (2023). Barriers to nurses' therapeutic communication practices in a district hospital in Ghana. *BMC Nursing*, 22, 35. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01191-2.

Chuah, F. L. H., Haldane, V. E., Cervero-Liceras, F., Ong, S. E., Sigfrid, L. A., Murphy, G., Watt, N., Balabanova, D., Hogarth, S., Maimaris, W., Otero, L., Buse, K., McKee, M., Piot, P., Perel, P., & Legido-Quigley, H. (2017). Interventions and approaches to integrating HIV and mental health services: A systematic review. *Health Policy and Planning*, 32(Suppl 4), iv27–iv47. https://doi.org/10.1093/heapol/czw169.

Conteh, N. K., Latona, A., & Mahomed, O. (2023). Mapping the effectiveness of integrating mental health in HIV programs: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 23, 396. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09359-x.

Davoudi, M., Heydari, A., & Manzari, Z. S. (2023). Psychosocial interventions by nurses for patients with HIV/AIDS: A

systematic review. *Journal of Caring Sciences*, 12(2), 94–102. https://doi.org/10.34172/jcs.2023.30726.

Dungca-Lorilla, A. M., Mootz, J., Melgar, M. I., Tanuecoz, R. E., Dizon, T. J., Sohn, A. H., & Ditangco, R. (2025). Acceptability and feasibility of a task-shifted collaborative care model for depression and anxiety in primary HIV clinics in the Philippines: A qualitative inquiry. *BMC Health Services Research*, 25, 658. https://doi.org/10.1186/s12913-025-12703-y.

Gulati, S., Hariprasath, P., & Kumar, G. P. (2025). Effectiveness of nurse-led multi-component intervention program on improving antiretroviral therapy adherence, CD4 count, psychological distress, and quality of life of people living with HIV/AIDS and attending ART center: A protocol study. *Journal of Education and Health Promotion*, 14, 39. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_286_24.

Karam, M., Brault, I., Van Durme, T., & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 70–83. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002.

Nasir, A., Yusuf, A., Makhfudli, Harianto, S., Okviasanti, F., & Kartini, Y. (2023). Living experiences of people living with HIV-AIDS from the client's perspective in nurse-client interaction in Indonesia: A qualitative study. *PLOS ONE*, 18(2), e0282049. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282049.

BAB 9

INTERVENSI NONFARMAKOLOGIS UNTUK MENGATASI KECEMASAN

Kecemasan pada pasien HIV merupakan masalah yang dapat memengaruhi kesejahteraan psikologis, kepatuhan terhadap terapi antiretroviral, fungsi sosial, hubungan interpersonal, dan kualitas hidup. Penatalaksanaan kecemasan karena itu perlu dilakukan secara komprehensif. Selain farmakoterapi pada kondisi tertentu, berbagai pendekatan nonfarmakologis memiliki peranan penting, khususnya pada kecemasan ringan sampai sedang, sebagai terapi pendamping, maupun sebagai bagian dari pelayanan psikososial jangka panjang.

Intervensi nonfarmakologis adalah pendekatan yang tidak menggunakan obat sebagai modalitas utama, tetapi memanfaatkan proses pendidikan, psikologis, perilaku, fisiologis, sosial, spiritual, maupun teknologi untuk membantu individu mengurangi *distress* dan meningkatkan kemampuan beradaptasi.

Pada pasien HIV, intervensi tersebut mempunyai beberapa keuntungan. Selain relatif rendah risiko, banyak intervensi dapat diajarkan agar pasien mampu menggunakannya secara mandiri. Pendekatan tersebut juga dapat membantu pasien memperoleh kembali rasa kontrol terhadap kehidupannya. Hal ini penting karena kecemasan pada HIV sering muncul bersama persepsi kehilangan kontrol terhadap kesehatan, terapi, stigma, *disclosure*, dan masa depan.

Systematic scoping review Ramirez-Garcia *et al*. (2019) yang mencakup 84 penelitian mengenai praktik *mind-body* pada orang yang hidup dengan HIV menunjukkan bahwa intervensi yang paling banyak dipelajari mencakup kombinasi berbagai teknik relaksasi, meditasi, *progressive muscle relaxation*, yoga, dan *hypnosis*. Hampir separuh penelitian menggunakan desain *randomized controlled trial*. Meskipun kualitas metodologis tidak seragam, *mindfulness*, kombinasi beberapa teknik relaksasi dengan strategi kognitif-perilaku, dan yoga menunjukkan hasil yang menjanjikan terhadap gejala fisik dan psikologis serta kualitas hidup pasien HIV (Ramirez-Garcia *et al*., 2019).

Oleh karena itu, intervensi nonfarmakologis sebaiknya tidak dipandang sebagai suatu teknik tunggal. Pendekatan yang paling bermanfaat sering bersifat multikomponen dan disesuaikan dengan sumber kecemasan, tingkat keparahan, kemampuan pasien, budaya, sumber dukungan, dan preferensi individu.

9.1 Psikoedukasi

Psikoedukasi merupakan intervensi yang menggabungkan pemberian informasi dengan upaya membantu pasien memahami hubungan antara kondisi kesehatan, pikiran, emosi, dan perilakunya.

Pada pasien HIV, informasi sangat penting karena sebagian kecemasan muncul dari ketidakpastian atau interpretasi yang tidak tepat.

Sebagai contoh:

- “HIV berarti saya akan segera meninggal.”

- "Jika saya lupa satu kali minum obat, berarti ART sudah gagal."
- "Saya tidak boleh menyentuh anggota keluarga karena dapat menularkan HIV."
- "Setiap badan terasa lemas berarti CD4 saya turun."

Psikoedukasi pada pasien HIV sebaiknya mencakup:

- pengertian HIV dan AIDS;
- perkembangan HIV pada era ART;
- tujuan ART;
- pentingnya kepatuhan;
- cara penularan dan yang bukan merupakan cara penularan;
- efek samping terapi;
- makna *viral load* dan CD4;
- stigma dan *disclosure*;
- gejala kecemasan;
- hubungan antara pikiran, emosi, tubuh, dan perilaku;
- strategi mengatasi kecemasan;
- serta waktu yang tepat untuk mencari pertolongan profesional.

Psikoedukasi juga merupakan komponen penting dari intervensi psikologis yang lebih kompleks. *Systematic review* terhadap intervensi kesehatan mental pada kelompok muda yang hidup dengan HIV menunjukkan bahwa program CBT kelompok maupun *trauma-focused* CBT memasukkan *psychoeducation*, *cognitive restructuring*, *skill building*,

relaxation, dan *psychosocial counselling* sebagai bagian penting intervensi (Adjorlolo *et al*., 2025).

Psikoedukasi tidak ideal jika dilakukan sebagai ceramah satu arah. Pendekatan yang lebih terapeutik adalah:

Eksplorasi pengetahuan pasien
⟶ Identifikasi kesalahpahaman
⟶ Berikan informasi sesuai kebutuhan

↓

Hubungkan informasi dengan kekhawatiran
⟶ Periksa kembali pemahaman
⟶ Tentukan strategi yang dapat diterapkan

Dalam praktik keperawatan, metode *teach-back* dapat digunakan. Pasien diminta menjelaskan kembali informasi dengan bahasanya sendiri sehingga perawat dapat memastikan tidak terdapat interpretasi yang keliru.

9.2 Teknik Relaksasi Napas Dalam

Teknik napas dalam merupakan salah satu intervensi sederhana untuk membantu menurunkan *physiological arousal* pada kecemasan.

Ketika pasien cemas, aktivitas sistem saraf simpatis dapat meningkat dan menimbulkan:

- napas cepat;
- palpitasi;
- ketegangan;
- tremor;
- dan sensasi tidak nyaman lainnya.

Sensasi tersebut kemudian dapat memperkuat kecemasan. Teknik pernapasan membantu memutus siklus:

Cemas ⟶ Napas makin cepat ⟶ Sensasi tubuh meningkat
⟶ Makin tidak aman ⟶ Cemas bertambah

Dengan memperlambat pola pernapasan dan mengarahkan perhatian kepada napas, pasien dapat mengurangi ketegangan fisiologis dan meningkatkan rasa kontrol terhadap tubuh.

Toussaint *et al*. (2021) membandingkan *deep breathing*, *progressive muscle relaxation*, dan *guided imagery*. Ketiga pendekatan tersebut meningkatkan keadaan relaksasi psikologis dibandingkan kelompok kontrol. Penelitian ini dilakukan pada mahasiswa sehat sehingga bukan merupakan bukti khusus pada pasien HIV, tetapi mendukung dasar fisiologis penggunaan teknik relaksasi (Toussaint *et al*., 2021).

Dalam *systematic scoping review* khusus pasien HIV, latihan pernapasan juga banyak digunakan sebagai bagian dari program *stress management* bersama PMR, *guided imagery*, meditasi, dan *cognitive-behavioral strategies* (Ramirez-Garcia *et al*., 2019).

Contoh prosedur sederhana

Pasien ditempatkan pada posisi yang nyaman. Kemudian:

1. longgarkan pakaian yang mengganggu pernapasan;
2. letakkan satu tangan pada abdomen bila pasien nyaman;
3. tarik napas secara perlahan melalui hidung;
4. rasakan abdomen mengembang;
5. beri jeda singkat tanpa menahan napas secara berlebihan;

6. keluarkan napas secara perlahan;
7. fokuskan perhatian pada sensasi napas;
8. ulangi beberapa kali sampai pola napas menjadi lebih teratur.

Tidak perlu menetapkan pola hitungan yang terlalu kaku. Tujuan utamanya adalah membuat napas menjadi perlahan, nyaman, dan tidak dipaksakan.

Perawat juga perlu menghindari teknik pernapasan yang terlalu dalam atau terlalu cepat karena dapat menyebabkan hiperventilasi dan meningkatkan rasa pusing atau tidak nyaman.

Teknik ini dapat diajarkan pada saat pasien tenang sehingga lebih mudah digunakan ketika kecemasan mulai muncul.

9.3 Relaksasi Otot Progresif

Progressive Muscle Relaxation atau PMR merupakan teknik relaksasi dengan cara secara sistematis menegangkan kemudian melepaskan kelompok otot tertentu.

Teknik ini dikembangkan berdasarkan gagasan bahwa ketegangan psikologis sering disertai ketegangan muskular. Individu yang cemas terkadang tidak menyadari bahwa rahang, bahu, tangan, punggung, atau bagian tubuh lain terus berada dalam kondisi tegang.

PMR membantu pasien membedakan:

bagaimana rasanya tegang dan bagaimana rasanya rileks.

Toussaint *et al*. (2021) menjelaskan PMR sebagai proses aktif mengontraksikan otot untuk menghasilkan ketegangan kemudian secara progresif melepaskannya. Proses kontraksi

dan pelepasan tersebut memberikan input proprioseptif yang membantu membangun respons relaksasi.

Pada pasien HIV, bukti penggunaan PMR sudah tersedia. *Systematic scoping review* Ramirez-Garcia *et al*. (2019) menemukan bahwa PMR telah digunakan baik sebagai intervensi tunggal maupun dikombinasikan dengan *cognitive-behavioral strategies*, *autogenic training*, dan *guided imagery*. Salah satu studi di India menunjukkan bahwa latihan PMR selama sepuluh minggu menurunkan kecemasan dan depresi pada orang yang hidup dengan HIV (Ramirez-Garcia *et al*., 2019).

Prinsip pelaksanaan

Pasien duduk atau berbaring nyaman. Kelompok otot dapat dilatih secara berurutan, misalnya:

tangan → lengan → bahu → wajah → leher → dada → abdomen → paha → tungkai → kaki.

Pada setiap bagian:

tegangkan secara ringan dan sadar → rasakan ketegangan → lepaskan perlahan → perhatikan perbedaan sensasi.

Pasien tidak perlu menghasilkan kontraksi yang kuat. PMR sebaiknya dilakukan dengan hati-hati pada pasien dengan nyeri, cedera muskuloskeletal, atau kondisi medis tertentu.

Mekanisme terapeutik

PMR dapat memberikan manfaat melalui:

- pengurangan ketegangan muskular;
- pengalihan perhatian dari pikiran kecemasan;
- peningkatan *body awareness*;
- penguatan *self-regulation*;

- dan peningkatan rasa kontrol.

Dalam *systematic review* HIV, kombinasi PMR dan *guided imagery* juga dilaporkan membuat pasien merasa lebih segar dan tenang serta mengurangi manifestasi fisik dari *worry*, *frustration*, *anxiety*, dan *stress* (Ramirez-Garcia *et al*., 2019).

9.4 Guided Imagery

Guided imagery merupakan teknik yang mengarahkan individu membangun gambaran mental yang menenangkan dengan melibatkan unsur visual maupun sensasi lain.

Pasien dapat diarahkan membayangkan suatu tempat atau keadaan yang diasosiasikan dengan:

- aman;
- damai;
- nyaman;
- dan terkendali.

Contohnya dapat berupa pantai, pegunungan, taman, tempat ibadah, rumah, atau lokasi lain yang mempunyai makna positif bagi pasien.

Toussaint *et al*. (2021) mendeskripsikan *guided imagery* sebagai metode yang menggunakan arahan untuk membangkitkan pengalaman sensorik serta respons perilaku dan fisiologis. Keterlibatan sensorik yang kuat membantu individu membentuk *mental representation* yang lebih nyata.

Pada pasien HIV, *guided imagery* telah digunakan dalam berbagai kombinasi intervensi. *Systematic review* Ramirez-Garcia *et al*. (2019) menemukan penggunaan *guided imagery* bersama:

- *abdominal breathing*;
- *progressive muscle relaxation*;
- *cognitive restructuring*;
- meditasi;
- *autogenic training*;
- serta *stress management*.

Contoh pelaksanaan

Perawat dapat memandu pasien:

"Ambil posisi yang nyaman."

"Arahkan perhatian pada napas."

"Bayangkan suatu tempat yang membuat Anda merasa aman dan tenang."

Selanjutnya pasien dapat diarahkan memperhatikan:

- apa yang terlihat;
- suara apa yang terdengar;
- bagaimana suhu udara;
- aroma;
- sensasi tubuh;
- dan perasaan ketika berada di tempat tersebut.

Pasien kemudian diajak mempertahankan gambaran tersebut beberapa menit.

Guided imagery dapat dipadukan dengan napas dalam atau PMR. Hal penting adalah pasien menentukan sendiri gambaran yang dianggap aman. Perawat tidak boleh berasumsi bahwa gambaran tertentu menenangkan semua

orang. Misalnya, laut dapat menenangkan bagi seseorang tetapi menimbulkan trauma bagi pasien lain.

9.5 Mindfulness

Mindfulness merupakan keadaan kesadaran ketika seseorang memberikan perhatian kepada pengalaman saat ini secara sengaja dan dengan sikap tidak menghakimi.

Pada kecemasan, pikiran sering berorientasi ke masa depan. Misalnya:

- "Bagaimana jika ART gagal?"
- "Bagaimana jika orang mengetahui status saya?"
- "Bagaimana jika saya sakit?"
- "Bagaimana jika pasangan meninggalkan saya?"

Mindfulness membantu pasien mengenali bahwa pikiran tersebut merupakan peristiwa mental, bukan selalu fakta yang sedang terjadi saat ini.

Mindfulness-Based Stress Reduction atau MBSR umumnya menggunakan kombinasi:

- *mindfulness meditation*;
- *awareness* terhadap napas;
- *body awareness*;
- dan latihan penerimaan terhadap pengalaman internal.

Bukti pada pasien HIV relatif menjanjikan. *Systematic scoping review* Ramirez-Garcia *et al*. (2019) menemukan bahwa tiga RCT yang relatif *rigorous* menunjukkan MBSR dapat menurunkan gejala fisik dan efek samping ARV serta

memperbaiki kondisi psikologis dan *mindfulness* pada orang yang hidup dengan HIV. Kajian tersebut juga menyimpulkan terdapat dukungan awal terhadap efek positif MBSR pada kesehatan dan *emotional wellbeing* (Ramirez-Garcia *et al*., 2019).

Latihan mindfulness sederhana

Pasien dapat diarahkan:

1. duduk nyaman;
2. menyadari posisi tubuh;
3. memperhatikan napas;
4. ketika pikiran muncul, cukup mengenalinya;
5. tidak menilai pikiran sebagai baik atau buruk;
6. mengembalikan perhatian kepada napas;
7. mengulangi proses tersebut secara perlahan.

Pada pasien HIV, *mindfulness* dapat pula digunakan ketika muncul pikiran:

"Saya takut status saya diketahui."

Pendekatan *mindfulness* bukan menjawab:

"Pikiran itu salah."

Tetapi membantu pasien mengamati:

"Saat ini muncul pikiran bahwa orang akan mengetahui status saya, dan pikiran tersebut membuat tubuh saya tegang."

Kesadaran ini memberikan jarak antara pikiran dan respons otomatis.

9.6 Distraksi dan Terapi Aktivitas

Distraksi merupakan teknik mengalihkan fokus perhatian sementara dari stimulus yang menimbulkan *distress* kepada aktivitas lain yang lebih netral atau menyenangkan.

Distraksi dapat bermanfaat ketika kecemasan didominasi oleh:

- *rumination*;
- *excessive monitoring of bodily sensations*;
- menunggu hasil pemeriksaan;
- atau *anticipatory anxiety*.

Bentuk distraksi dapat meliputi:

- mendengarkan musik;
- membaca;
- menonton;
- berbincang;
- aktivitas seni;
- permainan;
- berjalan;
- aktivitas fisik ringan;
- aktivitas rumah tangga;
- atau kegiatan lain yang mempunyai makna bagi pasien.

Terapi aktivitas mempunyai tujuan yang lebih luas daripada sekadar "mengalihkan perhatian". Aktivitas yang terstruktur dapat:

- meningkatkan rasa mampu;

- mempertahankan rutinitas;
- mengurangi *withdrawal*;
- memberikan pengalaman positif;
- dan membantu *behavioral activation*.

Dalam *systematic review* tentang pasien HIV, beberapa program *stress management* mengombinasikan *cognitive restructuring* dengan aktivitas fisik dan strategi perilaku lainnya serta menunjukkan manfaat terhadap *wellbeing* dan perilaku kesehatan (Ramirez-Garcia *et al*., 2019).

Referensi mengenai kecemasan non-HIV juga menunjukkan bahwa musik merupakan intervensi yang murah, aman, dan noninvasif, dengan beberapa penelitian menunjukkan penurunan kecemasan (Wang *et al*., 2022). Namun, hasil tidak konsisten pada semua populasi.

Karena bukti dalam sumber yang diberikan terutama berasal dari konteks perioperatif (Wang *et al*., 2022), efektivitas *music distraction* tersebut tidak boleh langsung digeneralisasikan sebagai bukti spesifik untuk kecemasan pasien HIV.

Selain itu, distraksi perlu digunakan secara tepat.

Distraksi yang adaptif:

"Saya sangat tegang malam ini. Saya akan berjalan sebentar dan mendengarkan musik agar pikiran lebih tenang."

Distraksi yang berubah menjadi avoidance:

"Saya tidak mau memikirkan HIV sama sekali, tidak mau kontrol, dan tidak mau minum obat."

Perbedaan tersebut penting. Distraksi terapeutik bersifat sementara dan membantu regulasi emosi, sedangkan

avoidance menghindari penyelesaian masalah yang sebenarnya perlu dihadapi.

9.7 Pendekatan Kognitif dan Perilaku

Pendekatan kognitif-perilaku merupakan salah satu intervensi psikologis yang paling banyak dikembangkan pada pasien dengan masalah kecemasan.

Prinsip dasarnya adalah bahwa respons emosional dipengaruhi oleh hubungan antara:

Situasi ⟶ Pikiran ⟶ Emosi ⟶ Respons Fisiologis
⟶ Perilaku

Contoh pada pasien HIV:

Situasi: hasil *viral load* belum keluar.

Pikiran: "Pasti obat saya gagal."

Emosi: takut.

Fisiologis: jantung berdebar, sulit tidur.

Perilaku: terus mencari informasi mengenai AIDS atau menghindari mengambil hasil.

Pendekatan kognitif membantu pasien mengevaluasi pikiran tersebut. Pertanyaan yang dapat digunakan:

- "Apa bukti bahwa terapi pasti gagal?"
- "Apakah ada penjelasan lain?"
- "Apa yang dapat dilakukan sekarang?"

Tujuannya bukan mengubah seluruh pikiran menjadi "positif", tetapi menjadi lebih akurat, realistis, dan adaptif.

Cognitive restructuring

Contoh:

Pikiran otomatis: "Jika pasangan tahu HIV saya, dia pasti meninggalkan saya."

Dievaluasi menjadi: "Ada kemungkinan pasangan bereaksi negatif, tetapi saya belum mengetahui reaksinya. Saya dapat merencanakan *disclosure* dengan mempertimbangkan keamanan dan dukungan."

Perubahan tersebut mengurangi pola pikir katastrofik.

Behavioral strategies

Komponen perilaku dapat meliputi:

- *problem solving*;
- *behavioral activation*;
- *exposure* secara bertahap sesuai indikasi;
- *stress management*;
- *social skills*;
- *adherence strategies*;
- dan *coping skills* (Abbas *et al*., 2023; Adjorlolo *et al*., 2025; Fatma *et al*., 2025).

Systematic review Fatma *et al*. (2025) mengenai CBT pada pasien HIV/AIDS menemukan bahwa studi yang ditinjau secara umum menunjukkan manfaat CBT dalam mengurangi *anxiety*, *stress*, dan *depression*, serta sejumlah penelitian melaporkan perbaikan kualitas hidup dan *outcome* lain.

Systematic scoping review Ramirez-Garcia *et al*. (2019) juga menemukan bahwa program *Cognitive-Behavioral Stress Management* yang menggabungkan *cognitive-behavioral*

training dengan PMR, *autogenic training*, *deep breathing*, dan meditasi menghasilkan manfaat terhadap berbagai luaran psikologis. Beberapa RCT melaporkan penurunan *anxiety* dan *depression* serta peningkatan *cognitive functioning*, *quality of life*, *social support*, dan *self-efficacy* (Ramirez-Garcia *et al*., 2019).

Penting untuk membedakan antara prinsip dasar kognitif-perilaku yang dapat diperkuat oleh perawat sesuai kompetensi dengan CBT formal sebagai psikoterapi terstruktur, yang membutuhkan tenaga dengan pelatihan yang sesuai.

9.8 Dukungan Kelompok (*Peer Support*)

HIV merupakan kondisi yang sering menyebabkan pasien merasa:

"Tidak ada orang yang mengerti apa yang saya alami."

Peer support menghubungkan individu dengan orang lain yang memiliki pengalaman hidup serupa.

Peer support dapat berupa:

- kelompok tatap muka;
- *peer counselor*;
- *support group*;
- kelompok daring;
- atau kombinasi.

Systematic review mengenai intervensi pada *young people living with HIV* menggambarkan *peer support* sebagai strategi yang menggunakan individu dengan pengalaman hidup serupa untuk memberikan dukungan, *guidance*, dan *mutual*

understanding (Adjorlolo *et al*., 2025). Dalam review tersebut terdapat intervensi *peer support* melalui WhatsApp selama enam bulan serta intervensi kelompok tatap muka selama sepuluh minggu (Adjorlolo *et al*., 2025).

Review tersebut secara keseluruhan menemukan bahwa *peer support*, pendekatan berbasis keluarga, dan pendekatan digital merupakan strategi yang menjanjikan, walaupun bukti khusus mengenai kecemasan masih lebih terbatas daripada beberapa luaran lainnya (Adjorlolo *et al*., 2025).

Peer support dapat memberikan manfaat tambahan berupa:

- informasi praktis mengenai hidup dengan ART;
- *modeling coping*;
- rasa *belonging*;
- peningkatan harapan;
- pengurangan *internalized stigma*;
- dan peningkatan *engagement* dalam pelayanan.

Namun, aspek *confidentiality* harus sangat dijaga. Kelompok perlu mempunyai aturan mengenai:

- kerahasiaan;
- penghormatan;
- larangan stigma;
- batas informasi pribadi;
- dan keamanan komunikasi digital.

9.9 Konseling Individu dan Keluarga

Konseling individual memberikan ruang bagi pasien mengeksplorasi masalah secara lebih privat.

Isu yang dapat dibahas antara lain:

- penerimaan diagnosis;
- kecemasan;
- stigma;
- rasa bersalah;
- *disclosure*;
- pasangan;
- masalah seksual;
- masa depan;
- pekerjaan;
- *spiritual distress*;
- dan keputusan kehidupan.

Konseling sebaiknya tidak hanya memberikan nasihat. Proses konseling membantu pasien:

Mengidentifikasi masalah ⟶ Mengungkapkan emosi
⟶ Memahami pilihan

↓

Mengembangkan coping ⟶ Membuat keputusan

Konseling keluarga mempunyai peranan berbeda. HIV tidak hanya berdampak pada individu tetapi juga dapat memengaruhi sistem keluarga. Keluarga mungkin mempunyai:

- ketakutan;

- misinformasi tentang penularan;
- rasa bersalah;
- marah;
- atau stigma.

Dalam review mengenai intervensi kesehatan mental pada kelompok muda yang hidup dengan HIV, *counselling* oleh tenaga terlatih direkomendasikan sebagai salah satu strategi *psychosocial support* (Adjorlolo *et al*., 2025). *Family counselling* dapat meningkatkan pemahaman dan penerimaan terhadap HIV, mengurangi stigma, serta mendukung terapi. *Peer support* juga dapat melengkapi pendekatan tersebut (Adjorlolo *et al*., 2025).

Konseling keluarga dapat membahas:

- informasi HIV;
- pola komunikasi;
- pembagian peran;
- dukungan *adherence*;
- stigma;
- konflik;
- kekhawatiran anggota keluarga;
- dan kebutuhan pasien.

Namun, prinsip yang sangat penting adalah:

$$\text{Family involvement} \neq \text{Automatic disclosure}$$

Status HIV merupakan informasi sensitif. Keterlibatan keluarga harus mempertimbangkan persetujuan pasien dan prinsip kerahasiaan yang berlaku.

9.10 Intervensi Berbasis Spiritual

Spiritualitas dapat menjadi sumber kekuatan bagi sebagian pasien yang hidup dengan HIV. Diagnosis penyakit kronis dapat memunculkan pertanyaan:

- "Mengapa ini terjadi?"
- "Apa makna hidup saya sekarang?"
- "Apakah saya masih mempunyai harapan?"
- "Bagaimana saya menerima kondisi ini?"

Intervensi spiritual bertujuan membantu pasien menggunakan nilai, keyakinan, hubungan transendental, atau makna personal untuk menghadapi penyakit.

Bentuknya dapat berupa:

- doa;
- meditasi spiritual;
- pembacaan teks keagamaan;
- refleksi makna;
- ibadah;
- dukungan rohani;
- *gratitude*;
- *forgiveness*;
- atau kegiatan spiritual lain sesuai keyakinan pasien.

Dalam *systematic scoping review* pasien HIV terdapat suatu pilot *spiritual coping group intervention* selama delapan minggu yang memadukan spiritualitas, kesehatan mental dan fisik, tujuan personal, serta latihan pernapasan. Program

tersebut dilaporkan meningkatkan *positive spiritual coping* dan menurunkan depresi (Ramirez-Garcia *et al*., 2019).

Studi lain dalam review tersebut memasukkan *prayer* atau *meditation* sebagai bagian dari *positive self-management program* bersama *cognitive-behavioral strategies*, *muscle relaxation*, dan *guided imagery*, serta melaporkan peningkatan *self-efficacy* dan penurunan gejala (Ramirez-Garcia *et al*., 2019).

Namun, berdasarkan referensi yang diberikan, bukti langsung bahwa intervensi spiritual sebagai modalitas tunggal secara spesifik menurunkan kecemasan pada pasien HIV masih terbatas. Sebab itu, pendekatan spiritual sebaiknya diposisikan sebagai intervensi pendukung yang berorientasi pada kebutuhan dan preferensi pasien, bukan pengganti intervensi psikologis yang diperlukan. Perawat juga tidak boleh memaksakan keyakinan pribadi.

Pengkajian dapat menggunakan pertanyaan:

- "Apakah keyakinan atau kegiatan spiritual membantu Anda menghadapi kondisi ini?"
- "Apakah ada kebutuhan spiritual yang ingin Anda dapatkan selama perawatan?"

Pada pasien yang mengalami *spiritual distress*, seperti merasa HIV adalah hukuman atau merasa ditinggalkan Tuhan, pendekatan perlu lebih sensitif dan dapat melibatkan tenaga pastoral/rohani sesuai pilihan pasien.

9.11 Peningkatan Mekanisme Koping dan Resiliensi

Tujuan intervensi kecemasan bukan hanya menghasilkan rasa tenang sementara. Tujuan jangka panjang adalah membantu pasien menjadi semakin mampu menghadapi stresor kehidupan dengan HIV.

Koping

Koping adalah usaha kognitif maupun perilaku untuk menghadapi tuntutan yang dianggap menekan.

Koping adaptif dapat berupa:

- *problem solving*;
- mencari informasi;
- mencari dukungan;
- *relaxation*;
- *positive reframing*;
- *acceptance*;
- aktivitas fisik;
- aktivitas spiritual;
- dan perencanaan.

Koping maladaptif dapat berupa:

- *avoidance*;
- *withdrawal*;
- *denial* berkepanjangan;
- penggunaan alkohol atau zat;
- atau menghentikan ART.

Intervensi bertujuan membantu pasien menjawab:

"Apa yang selama ini saya lakukan ketika cemas?"

kemudian:

"Apakah cara tersebut membantu saya dalam jangka panjang?"

Systematic review HIV menunjukkan bahwa program *stress management* yang menggabungkan *cognitive restructuring*, *coping skills*, *assertiveness*, *anger management*, pemanfaatan *social support*, dan berbagai teknik relaksasi menghasilkan peningkatan *coping strategies* dan *social support* serta penurunan *stress* dan *mood disturbance* pada sejumlah penelitian (Ramirez-Garcia *et al*., 2019).

Resiliensi

Resiliensi tidak berarti pasien tidak mengalami kesulitan. Resiliensi adalah kemampuan untuk:

Mengalami kesulitan ⟶ Beradaptasi
⟶ Memanfaatkan sumber daya
⟶ Mempertahankan/memulihkan fungsi

Perawat dapat membantu meningkatkan resiliensi dengan:

- mengenali kekuatan pasien;
- mengingat keberhasilan menghadapi masalah sebelumnya;
- menetapkan tujuan realistis;
- meningkatkan *self-efficacy*;
- mempertahankan jaringan sosial;
- membantu *problem solving*;
- dan memperkuat *sense of meaning*.

Dalam salah satu program CBSM pada orang yang hidup dengan HIV, intervensi yang memadukan *coping skills*, *social support*, *diaphragmatic breathing*, PMR, dan *guided imagery* menunjukkan peningkatan *self-efficacy*, kualitas hidup, dan *cognitive functioning* serta penurunan *depression* dan *anxiety* pada kelompok yang diteliti (Ramirez-Garcia *et al*., 2019).

Dari perspektif keperawatan, perkembangan pasien dapat bergerak dari:

"Saya tidak mampu menghadapi ini."

menjadi:

"Saya masih merasa cemas, tetapi saya tahu apa yang dapat saya lakukan."

Pergeseran ini merupakan indikator penting peningkatan *coping* dan *self-efficacy*.

9.12 Pemanfaatan Teknologi dan Intervensi Digital

Teknologi membuka peluang baru dalam pelayanan kesehatan mental pasien HIV. Intervensi dapat disampaikan melalui:

- aplikasi *smartphone*;
- pesan teks;
- video;
- telekonseling;
- telepon;
- platform *online*;
- *peer support* digital;

- dan program *self-management* berbasis aplikasi.

Keuntungan utama intervensi digital adalah:

- fleksibilitas waktu;
- akses dari rumah;
- kemungkinan menjangkau pasien di wilayah jauh;
- kontinuitas dukungan;
- *self-monitoring*;
- dan potensi menjaga privasi apabila dirancang dengan baik.

Bukti pada pasien HIV

Schnall *et al*. (2018) melakukan penelitian selama 12 minggu terhadap 80 orang yang hidup dengan HIV menggunakan aplikasi mobile Video Information Provider (mVIP) yang berisi strategi *self-care* berbasis bukti untuk berbagai gejala. Dibandingkan aplikasi kontrol, kelompok intervensi menunjukkan perbaikan yang lebih besar pada lima gejala, termasuk *anxiety* ($p = 0{,}001$) dan *depression*, serta menunjukkan perbaikan kepatuhan ART (Schnall *et al*., 2018).

Studi tersebut menunjukkan bahwa teknologi mobile berpotensi mendukung *symptom self-management* pada pasien HIV. Namun terdapat beberapa tantangan. Peneliti mencatat bahwa pengguna menginginkan *reminder* melalui *text message* dan visualisasi perubahan gejala dari waktu ke waktu (Schnall *et al*., 2018). Penelitian juga mensyaratkan kepemilikan *smartphone* atau tablet, sehingga pasien yang paling termarginalisasi mungkin tidak terwakili. Walaupun *usability* dan *preliminary efficacy* dinilai baik, peneliti menekankan perlunya evaluasi jangka panjang, *setting* yang berbeda, dan konteks budaya lain (Schnall *et al*., 2018).

Digital peer support

Teknologi juga dapat digunakan untuk dukungan sebaya. *Systematic review* pada *young people living with HIV* menemukan program *peer support* melalui WhatsApp, yang memanfaatkan *group interaction* dan *direct messaging* serta difasilitasi oleh konselor HIV yang terlatih (Adjorlolo *et al*., 2025).

Perkembangan digital mental health

Bidang *digital mental health* sekarang berkembang lebih luas ke arah *smartphone apps*, *virtual reality*, dan *generative artificial intelligence*. Review Torous *et al*. (2025) menekankan bahwa teknologi tersebut mempunyai potensi memperluas pelayanan kesehatan mental tetapi *evidence real-world* masih belum merata. Model *hybrid* yang mengombinasikan teknologi dengan *human support* dinilai menjanjikan karena *self-help* digital murni sering mempunyai keterbatasan apabila tidak disertai dukungan manusia (Torous *et al*., 2025).

Hal ini penting dalam konteks pasien HIV. Aplikasi sebaiknya tidak dianggap sebagai "pengganti perawat atau psikolog", melainkan lebih tepat diposisikan sebagai "alat yang memperpanjang jangkauan pelayanan."

Misalnya:

Kunjungan klinik ⟶ Perawat mengajarkan relaksasi
⟶ Pasien memperoleh panduan aplikasi

↓

Pasien latihan di rumah ⟶ Gejala dicatat
⟶ Perawat meninjau perkembangan saat follow-up

Aspek keamanan

Pemanfaatan teknologi pada pasien HIV memerlukan perhatian khusus terhadap:

- keamanan data;
- *confidentiality*;
- akses *smartphone*;
- literasi digital;
- penggunaan data internet;
- notifikasi yang dapat membuka status HIV;
- kualitas informasi;
- dan mekanisme rujukan ketika ditemukan kondisi berat.

Contohnya, notifikasi: "Waktunya minum obat HIV Anda" dapat menimbulkan risiko *disclosure* apabila telepon dilihat orang lain. Notifikasi yang lebih aman mungkin hanya berbunyi: "Saatnya jadwal kesehatan Anda." Desain intervensi digital dengan demikian harus mempertimbangkan tidak hanya efektivitas tetapi juga *privacy by design*.

Pemilihan Intervensi Berdasarkan Masalah Pasien

Tidak semua pasien membutuhkan seluruh intervensi. Pendekatan dapat disesuaikan seperti berikut:

Masalah Utama	**Intervensi yang Dapat Dipertimbangkan**
Kurang informasi/mispersepsi HIV	Psikoedukasi

Masalah Utama	**Intervensi yang Dapat Dipertimbangkan**
Palpitasi, ketegangan, napas cepat	Napas dalam
Ketegangan otot	Progressive muscle relaxation
Rumination dan pikiran intrusif	Mindfulness, cognitive approach
Anticipatory anxiety	Guided imagery, breathing, mindfulness
Catastrophic thinking	Cognitive restructuring
Menarik diri	Behavioral activation, aktivitas, peer support
Isolasi dan stigma	Peer support
Konflik keluarga	Konseling keluarga
Disclosure anxiety	Konseling individual, problem solving
Spiritual distress	Intervensi spiritual sesuai kebutuhan
Koping maladaptif	Coping skills training
Self-efficacy rendah	Goal setting dan resilience building

Masalah Utama	Intervensi yang Dapat Dipertimbangkan
Kendala akses pelayanan	Digital/telehealth intervention

Tabel tersebut bersifat kerangka klinis, bukan aturan yang kaku.

Pendekatan Bertahap

Intervensi nonfarmakologis dapat diberikan secara bertahap.

- **Tahap 1 — Stabilisasi**

Ketika kecemasan sedang meningkat: napas perlahan + lingkungan tenang + komunikasi terapeutik.

- **Tahap 2 — Pemahaman**

Setelah pasien lebih tenang: psikoedukasi + identifikasi pencetus + pengenalan hubungan pikiran–emosi–perilaku.

- **Tahap 3 — Pengembangan keterampilan**

Pasien diajarkan: PMR + *guided imagery* + *mindfulness* + *problem solving* + *cognitive restructuring*.

- **Tahap 4 — Penguatan lingkungan**

Tambahkan: dukungan keluarga + *peer support* + konseling + dukungan spiritual sesuai preferensi.

- **Tahap 5 — Self-management jangka panjang**

Pasien diarahkan kepada: *coping* adaptif + *resilience* + *self-efficacy* + teknologi pendukung + *follow-up*.

Dengan demikian, penatalaksanaan bergerak dari:

“perawat menenangkan pasien”

menuju:

"pasien mampu menenangkan dan mengelola dirinya sendiri."

Contoh Program Intervensi Nonfarmakologis Sederhana

Sebagai contoh, program untuk pasien HIV dengan kecemasan sedang dapat disusun dalam beberapa sesi:

- **Sesi awal:** membangun hubungan, mengidentifikasi sumber kecemasan, menjelaskan hubungan HIV dan kecemasan, serta mengajarkan napas dalam.
- **Sesi berikutnya:** mengajarkan PMR dan *guided imagery*.
- **Tahap selanjutnya:** mengidentifikasi pikiran otomatis, melakukan *cognitive restructuring*, dan menyusun *problem solving*.
- **Tahap sosial:** mengidentifikasi dukungan keluarga atau *peer support* yang aman.
- **Tahap akhir:** memperkuat *coping*, *resilience*, *self-efficacy*, dan membuat *relapse-prevention plan*.

Intervensi kemudian dapat didukung dengan latihan rumah atau teknologi digital. Pendekatan semacam ini sejalan dengan temuan *systematic review* HIV bahwa banyak intervensi efektif bukan berupa satu teknik tunggal tetapi kombinasi *cognitive-behavioral training*, *coping*, *social support*, PMR, *breathing*, *meditation*, dan *guided imagery* (Adjorlolo *et al*., 2025; Ramirez-Garcia *et al*., 2019).

Prinsip Penting Pemberian Intervensi Nonfarmakologis

Ada beberapa prinsip yang perlu dipertahankan:

1. **Individualisasi:** Teknik yang efektif pada satu pasien belum tentu sesuai untuk pasien lain.

2. **Patient preference:** Pasien perlu dilibatkan dalam memilih intervensi.
3. **Budaya dan spiritualitas** harus dihormati.
4. **Confidentiality** merupakan aspek fundamental, khususnya dalam *peer support*, *family intervention*, dan *digital care*.
5. **Practice and repetition:** Relaksasi dan *mindfulness* merupakan keterampilan. Manfaatnya berkembang melalui latihan.
6. **Monitoring:** Perawat perlu menilai apakah teknik benar-benar membantu.
7. Intervensi nonfarmakologis tidak selalu cukup. Kecemasan berat, gangguan fungsi yang signifikan, *panic* yang persisten, *suicidal ideation*, *severe depression*, *psychosis*, atau kondisi kompleks membutuhkan evaluasi profesional kesehatan mental.

Dengan demikian: nonfarmakologis bukan berarti anti-farmakologis. Keduanya dapat digunakan secara komplementer sesuai kondisi pasien.

Intervensi nonfarmakologis merupakan komponen penting dalam pengelolaan kecemasan pada pasien HIV. Pendekatan tersebut tidak hanya bertujuan menurunkan gejala kecemasan dalam jangka pendek tetapi juga membantu pasien mengembangkan kemampuan *self-management*, *coping*, *self-efficacy*, dukungan sosial, serta resiliensi dalam menjalani kehidupan dengan HIV.

Bukti pada populasi HIV menunjukkan bahwa pendekatan *mind-body* telah cukup banyak dipelajari. *Systematic scoping review* yang mencakup 84 penelitian menunjukkan bahwa *mindfulness*, kombinasi beberapa teknik relaksasi dan

cognitive-behavioral strategies, serta sejumlah praktik lain mempunyai hasil yang menjanjikan terhadap gejala psikologis dan kualitas hidup, meskipun heterogenitas metodologi dan risiko bias pada sebagian penelitian mengharuskan interpretasi yang hati-hati (Ramirez-Garcia *et al*., 2019).

Progressive muscle relaxation mempunyai bukti khusus pada pasien HIV dan dapat membantu menurunkan kecemasan serta depresi pada beberapa penelitian (Ramirez-Garcia *et al*., 2019). Mindfulness-Based Stress Reduction juga menunjukkan manfaat terhadap kondisi psikologis dan *emotional wellbeing* (Ramirez-Garcia *et al*., 2019).

Pendekatan kognitif-perilaku sangat relevan karena kecemasan pada HIV sering dipertahankan oleh *catastrophic thinking*, stigma, *avoidance*, serta persepsi ketidakberdayaan. Program yang menggabungkan *cognitive restructuring*, *coping skills*, *social support*, dan *relaxation* menunjukkan manfaat pada *anxiety*, *depression*, *self-efficacy*, *social support*, dan *quality of life* dalam sejumlah penelitian pada orang yang hidup dengan HIV (Abbas *et al*., 2023; Fatma *et al*., 2025; Ramirez-Garcia *et al*., 2019).

Intervensi tidak harus selalu dilakukan secara individual. *Peer support* dan *family-based intervention* dapat memperkuat rasa diterima, mengurangi isolasi, serta membantu *coping*. Bukti pada kelompok muda yang hidup dengan HIV menunjukkan bahwa pendekatan *peer*, keluarga, dan digital merupakan strategi yang menjanjikan, walaupun jumlah penelitian khusus kecemasan masih terbatas (Adjorlolo *et al*., 2025).

Teknologi kemudian menyediakan jalur baru untuk memperluas intervensi. Studi mVIP pada pasien HIV menunjukkan bahwa aplikasi *self-management* dapat memperbaiki *anxiety* dan *adherence* ART (Schnall *et al*., 2018). Namun teknologi harus digunakan secara hati-hati dengan

mempertimbangkan *privacy*, *confidentiality*, literasi digital, dan akses perangkat (Schnall *et al*., 2018; Torous *et al*., 2025).

Pada akhirnya, penatalaksanaan nonfarmakologis yang efektif bukan tentang memilih satu teknik sebagai intervensi terbaik bagi semua pasien. Prinsip yang lebih tepat adalah:

Kenali pasien ⟶ Identifikasi sumber kecemasan
⟶ Tentukan tingkat keparahan

↓

Pilih intervensi ⟶ Latih bersama pasien
⟶ Evaluasi respons
⟶ Modifikasi sesuai kebutuhan

Tujuan akhirnya adalah membuat pasien bergerak dari keadaan:

"Saya tidak mampu menghadapi kecemasan ini"

menuju:

"Saya memahami apa yang membuat saya cemas, saya mengetahui cara mengelolanya, dan saya tetap dapat menjalani kehidupan serta pengobatan saya."

DAFTAR PUSTAKA

Abbas, Q., Nisa, M., Khan, M. U., Anwar, N., Aljhani, S., Ramzan, Z., & Shahzadi, M. (2023). Brief cognitive behavior therapy for stigmatization, depression, quality of life, social support and adherence to treatment among patients with HIV/AIDS: A randomized control trial. *BMC Psychiatry*, 23, 539. https://doi.org/10.1186/s12888-023-05013-2.

Adjorlolo, S., Boakye, D. S., Xatse, E., Akorli, V. V., Adjorlolo, P. K., Battanis, Y. Y., Frempong, A. B., Ocansey, L. K., & Yeboah, C. (2025). Mental health interventions for young people living with HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: A systematic review. *AIDS Research and Treatment*, 2025, Article 5323539. https://doi.org/10.1155/arat/5323539.

Fatma, R. E., Yona, S., & Zahra, A. N. (2025). Effect of cognitive behavioral therapy on reducing anxiety, stress and depression in HIV-AIDS patients: A systematic review. *Jurnal Ners*, 9(2), 2506–2519.

Ramirez-Garcia, M. P., Gagnon, M.-P., Colson, S., Côté, J., Flores-Aranda, J., & Dupont, M. (2019). Mind-body practices for people living with HIV: A systematic scoping review. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 19, 125. https://doi.org/10.1186/s12906-019-2502-z.

Schnall, R., Cho, H., Mangone, A., Pichon, A., & Jia, H. (2018). Mobile health technology for improving symptom management in low income persons living with HIV. *AIDS and Behavior*, 22(10), 3373–3383. https://doi.org/10.1007/s10461-017-2014-0.

Torous, J., Linardon, J., Goldberg, S. B., Sun, S., Bell, I., Nicholas, J., Hassan, L., Hua, Y., Milton, A., & Firth, J. (2025). The evolving field of digital mental health: Current evidence and implementation issues for smartphone apps, generative artificial intelligence, and virtual reality. *World Psychiatry*, 24(2), 156–174.

Toussaint, L., Nguyen, Q. A., Roettger, C., Dixon, K., Offenbächer, M., Kohls, N., Hirsch, J., & Sirois, F. (2021). Effectiveness of progressive muscle relaxation, deep breathing, and guided imagery in promoting psychological and physiological states of relaxation. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2021, 5924040. https://doi.org/10.1155/2021/5924040.

Wang, R., Huang, X., Wang, Y., & Akbari, M. (2022). Non-pharmacologic approaches in preoperative anxiety, a comprehensive review. *Frontiers in Public Health*, 10, 854673. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.854673.

BAB 10
TRANSISI PARADIGMA PENATALAKSANAAN HIV/AIDS

Kemajuan pesat dalam sains medis dan efektivitas Terapi Antiretroviral (*Antiretroviral Therapy*/ART) secara fundamental telah mengubah lanskap klinis pengelolaan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). HIV yang pada era awal penemuannya dikategori sebagai penyakit terminal yang dengan cepat berakibat fatal, kini telah bertransformasi menjadi kondisi medis kronis yang dapat dikelola secara jangka panjang (*manageable chronic condition*). Kendati demikian, pencapaian penekanan jumlah virus (*viral suppression*) secara biologis hingga tak terdeteksi tidak serta-merta mencerminkan pemulihan pasien secara holistik (*holistic recovery*).

Keberhasilan penatalaksanaan HIV modern tidak lagi dapat diukur semata-mata berdasarkan kriteria virologis atau imunologis, seperti peningkatan jumlah sel CD4 dan penurunan *viral load*. Pasien yang hidup dengan HIV (ODHIV) tetap dihadapkan pada jejaring tekanan psikologis, stigma sosial yang mengakar, kecemasan eksistensial, serta tantangan koping yang berlanjut sepanjang perjalanan penyakitnya. Kemajuan ART memang mampu memperpanjang harapan hidup secara fisik, namun hadirnya stigma, kecemasan, depresi, dinamika koping yang maladaptif, ketidakpastian kondisi sosial-ekonomi, serta ketidaksetaraan

akses terhadap pelayanan kesehatan secara konsisten memengaruhi *psychological well-being* dan kualitas hidup pasien.

Oleh sebab itu, pilar pelayanan keperawatan dan kesehatan secara umum dituntut untuk bergerak melampaui pendekatan biomedis murni menuju paradigma integratif yang komprehensif. Transformasi pendekatan ini secara konseptual bergerak melalui alur perkembangan yang berkesinambungan:

Identifikasi Distress Psikologis
⟶ Eksplorasi Dimensi Spiritual & Thanatophobia
⟶ Intervensi Psikososial Terarah

⇓

Sintesis Determinan *PsychologicalWell-Being*
⟵ Inovasi Akses Digital (Telenursing)
⟵ Analisis Kebutuhan Konseling Realistis

10.1 Dinamika Psikologis dan Komposisi Kecemasan pada ODHIV

Diagnosis HIV membawa konsekuensi psikologis yang mendalam dan multidimensional. Penyakit ini tidak hanya mengubah status kesehatan fisik seseorang, tetapi juga merestrukturisasi cara individu memandang dirinya (*self-concept*), hubungan sosial, harapan masa depan, serta peran fungsinya dalam keluarga dan masyarakat.

Masalah psikologis pada ODHIV tidak bersifat tunggal atau terisolasi. Kecemasan yang dialami pasien terbentuk dari interaksi kompleks antar-domain kehidupan. Ketidakpastian ini dapat diklasifikasikan ke dalam lima domain utama:

1. **Ketidakpastian Mengenai Penyakit (*Disease Uncertainty*):** Kekhawatiran berlebih terkait progresi klinis virus, kemunculan infeksi oportunistik, serta penurunan kondisi fisik secara mendadak.
2. **Ketidakpastian Mengenai Terapi (*Treatment Uncertainty*):** Kecemasan terhadap potensi efek samping ARV jangka panjang, rasa takut akan kegagalan terapi, dampak jika lupa atau terlambat mengonsumsi obat, serta keharusan menjalani pengobatan seumur hidup.
3. **Ketidakpastian Interpersonal dan Sosial (*Interpersonal & Social Uncertainty*):** Rasa takut mendalam akan penolakan lingkungan, kehilangan pekerjaan, pengusiran dari lingkungan sosial, diskriminasi dalam pelayanan kesehatan, serta dilema dalam mengomunikasikan status HIV (*disclosure*) kepada pasangan atau keluarga.
4. **Ketidakpastian Masa Depan (*Future Uncertainty*):** Keraguan mendalam terkait perencanaan pernikahan, keinginan memiliki keturunan tanpa menularkan virus, serta pencapaian cita-cita personal.
5. **Beban Psikologis Kompleks (*Complex Psychological Burden*):** Akumulasi dari perasaan bersalah, penurunan *self-worth*, depresi, dan isolasi mandiri akibat stigma yang terinternalisasi (*internalized stigma*).

Realitas ini menegaskan bahwa kecemasan pada pasien HIV tidak berada dalam ruang hampa. Kecemasan tersebut berakar dari pertanyaan-pertanyaan riil yang dihadapi pasien sehari-hari dalam menjalankan perannya sebagai orang tua,

pasangan, calon suami atau istri, anggota keluarga, pekerja, dan anggota masyarakat.

10.2 Kecemasan terhadap Kematian (*Thanatophobia*) dan Intervensi Kognitif-Perilaku

Di antara spektrum kecemasan yang dialami ODHIV, kecemasan terhadap kematian (*thanatophobia* atau *death anxiety*) merupakan salah satu bentuk manifestasi psikologis yang paling mendasar dan intens. Berbeda dari kecemasan umum, *thanatophobia* memiliki objek ketakutan yang bersifat eksistensial.

Saat seseorang menerima diagnosis HIV—terutama jika individu tersebut masih mengadopsi konstruksi pengetahuan lama bahwa HIV identik dengan AIDS dan kematian seketika—terjadi krisis kognitif dan emosional yang memicu ketakutan hebat mengenai:

- Berapa lama sisa usia yang dimilikinya.
- Bagaimana keparahan perjalanan penyakit yang akan dialami.
- Bagaimana proses penderitaan menuju kematian akan terjadi.
- Bagaimana nasib serta keberlanjutan hidup keluarga dan anak-anak yang ditinggalkan.

Tingkat *thanatophobia* menjadi semakin berat apabila pasien memiliki riwayat trauma menyaksikan anggota keluarga atau kerabat dekat meninggal akibat komplikasi AIDS, atau jika pengetahuan pasien belum terbarui sesuai dengan perkembangan terapi ARV modern.

Respons terhadap *thanatophobia* tidak dapat diselesaikan hanya dengan pemberian informasi medis secara terisolasi. Diperlukan intervensi psikologis terstruktur seperti *Cognitive Behavior Therapy* (CBT). CBT bekerja secara langsung pada tingkat kognisi melalui identifikasi pikiran-pikiran maladaptif dan restrukturisasi interpretasi yang memperkuat kecemasan.

Melalui CBT, pola pikir deskruktif dipisahkan secara sistematis menjadi komponen fakta medis, interpretasi subjektif, dan respons emosional. Pendekatan ini membantu ODHIV memformulasi penilaian kognitif yang lebih proporsional, realistis, dan adaptif, sehingga secara signifikan mengurangi *psychological distress*, meningkatkan mekanisme koping, memperkuat *self-efficacy*, serta mendukung kepatuhan pengelolaan penyakit jangka panjang.

10.3 Dimensi Spiritual dan Pemaknaan Hidup dalam Asuhan Keperawatan

Pengelolaan psikologis ODHIV tidak cukup hanya menggunakan pendekatan kognitif dan emosional, melainkan harus menjangkau dimensi makna dan spiritualitas. Diagnosis penyakit kronis yang mengancam jiwa sering kali memicu krisis spiritual (*spiritual distress*) dan pertanyaan-pertanyaan eksistensial mendalam:

"Mengapa penyakit ini terjadi pada saya?"

"Apakah hidup saya masih mempunyai arti dan makna?"

"Apakah saya dapat menerima kondisi diri saya saat ini?"

"Apa yang dapat memberikan saya kekuatan untuk terus bertahan menjalani pengobatan?"

Dalam konteks ini, spiritualitas bertindak sebagai sumber koping eksistensial (*existential coping resource*) yang membantu pasien menemukan ketenangan internal, penerimaan diri (*self-acceptance*), harapan, dan makna di balik pengalaman sakit.

Intervensi berorientasi spiritual—termasuk *spiritual-based palliative care* dan teknik modalitas seperti *Spiritual Emotional Freedom Technique* (SEFT)—memiliki hubungan konseptual yang erat dengan peningkatan kualitas hidup (*quality of life*). Integrasi dimensi spiritual memperluas pemahaman klinis bahwa pengendalian kecemasan pada pasien HIV tidak hanya membutuhkan regulasi gejala emosional, tetapi juga sebuah proses penerimaan holistik dan pemaknaan kembali terhadap kehidupan.

Catatan Metodologis: Dalam penelusuran pustaka, penelitian spesifik mengenai *"Kebutuhan Spiritual Pasien HIV/AIDS"* (2021) dan *"SEFT terhadap Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS"* (2020) mengonfirmasi pentingnya arah fokus dimensi spiritual ini. Namun, karena naskah lengkap (*full-text*) kedua publikasi tersebut tidak dilampirkan secara utuh, parameter besaran sampel (n) dan nilai uji statistik spesifik tidak dipaparkan secara kuantitatif guna menjaga akurasi akademik.

10.4 Translasi Kebutuhan Psikologis menjadi Kebutuhan Konseling Komprehensif

Pengalaman *distress* dan kecemasan psikologis pada ODHIV pada tingkat praktis dapat diterjemahkan menjadi kebutuhan informasi yang sangat spesifik dan konkret. Penelitian analisis kebutuhan pada 84 pasien di Poliklinik VCT RSUP Dr. M. Djamil Padang membuktikan bahwa kecemasan pasien

termanifestasi ke dalam 23 jenis kebutuhan informasi nyata yang dibutuhkan selama proses konseling.

Data empiris menunjukkan proporsi kebutuhan informasi terbesar yang diajukan oleh pasien meliputi:

Tabel 1. Distribusi Kebutuhan Informasi Utama Pasien HIV/AIDS dalam Pelayanan Konseling

No	Kategori Pertanyaan / Kebutuhan Informasi Spesifik	Persentase (%)
1	Prosedur & kondisi jika anak atau bayi terdiagnosa HIV positif	19,1%
2	Prosedur pelayanan apabila ODHIV akan menjadi calon pengantin	11,9%
3	Dampak penyakit dan efek klinis apabila pasien berhenti mengonsumsi ARV	10,7%

Keragaman ini memberikan argumentasi klinis yang kuat bahwa konseling bagi ODHIV tidak boleh dibatasi secara sempit pada edukasi mekanis mengenai cara dan jadwal minum obat ARV. Konseling keperawatan harus dirancang secara individual, komprehensif, responsif, dan berorientasi pada kebutuhan nyata yang dihadapi pasien dalam kehidupan sehari-hari.

10.5 Inovasi Akses Pelayanan: Pengembangan dan Evaluasi Telenursing *Mekonsdara*

Meskipun kebutuhan konseling ODHIV sangat kompleks, kenyataan di lapangan menunjukkan adanya berbagai hambatan untuk mengakses pelayanan secara rutin. Kendala geografis, keterbatasan waktu konsultasi tatap muka di poliklinik, serta ketakutan mendalam akan stigma sosial dan diskriminasi saat berhadapan langsung di fasilitas kesehatan sering kali menjadi penghalang pasien untuk mendapatkan konseling yang adekuat.

Untuk mengatasi hambatan tersebut, dikembangkan sebuah solusi inovasi pelayanan keperawatan berbasis teknologi digital (*telenursing*) bernama **Mekonsdara**. Platform ini dirancang secara khusus untuk memperluas akses konseling melalui penyediaan fitur *live chat*, konsultasi *video call*, modul informasi edukatif, serta saluran komunikasi langsung dengan perawat konselor (*nurse counsellor*).

Evaluasi terhadap efektivitas penerimaan pengguna platform *Mekonsdara* dilakukan pada 50 pasien HIV/AIDS di Klinik VCT RSUP Dr. M. Djamil Padang (mayoritas laki-laki 78%, kelompok usia dewasa awal 26–35 tahun sebesar 76%) menggunakan pendekatan *End User Computing Satisfaction* (EUCS). Hasil evaluasi menunjukkan tingkat kepuasan yang sangat tinggi di seluruh dimensi:

Tabel 2. Hasil Evaluasi Kepuasan Pengguna Platform Telenursing *Mekonsdara* Berdasarkan Kerangka Kerja EUCS ($n = 50$)

Dimensi EUCS	Tingkat Sangat Puas (%)	Deskripsi Indikator Klinis & Operasional
Content	82%	Informasi edukasi relevan, mudah dipahami, dan sesuai kebutuhan nyata pasien.
Accuracy	80%	Materi berbasis bukti (*evidence-based*) & respon konselor valid serta terpercaya.
Ease of Use	76%	Aplikasi mudah dioperasikan tanpa hambatan teknis yang rumit.
Timeliness	76%	Kecepatan respon *live chat* memberikan rasa aman dan dukungan (*reassurance*).
Format	64%	Tampilan antarmuka (*interface*) ramah pengguna dan navigasi menu yang intuitif.

Keberhasilan penerimaan *Mekonsdara* membuktikan alur translasi penelitian keperawatan yang sistematis:

Masalah Psikologis → Kebutuhan Konseling
→ Identifikasi Jenis Kebutuhan
→ Inovasi Telenursing → Evaluasi EUCS

Langkah logis berikutnya dalam pengembangan *telenursing* adalah menguji efektivitas klinisnya secara langsung terhadap penurunan skor kecemasan, peningkatan koping, efikasi diri, kepatuhan terapi ARV, serta keberlanjutan hasil kesehatan (*health outcomes*) dan efisiensi biaya (*cost-effectiveness*) jangka panjang.

10.6 Sintesis Determinan *Psychological Well-Being* Pasien HIV/AIDS

Pengembangan perspektif pelayanan keperawatan HIV pada akhirnya bermuara pada pemahaman komprehensif mengenai *Psychological Well-Being* secara holistik. **Stigma Terkait HIV (*HIV-Related Stigma*):** Merupakan determinan sentral yang memengaruhi seluruh aspek psikologis. Stigma secara konsisten berasosiasi dengan penurunan kesadaran harga diri (*self-worth*), perburukan *distress* mental, dan gangguan integrasi sosial.

1. **Keberlanjutan *Psychological Distress* pada Era ART:** Pengendalian virus secara biologis tidak otomatis menghasilkan pemulihan psikologis (*psychological recovery*). Kecemasan dan depresi tetap ditemukan pada pasien dengan *viral load* tertekan.
2. **Sumber Protektif Psikososial (*Psychosocial Protective Resources*):** Dukungan sosial (*social support*), layanan konseling profesional, dan koping

adaptif berfungsi sebagai buffer protektif utama dalam meredam dampak negatif stigma dan kecemasan.

3. **Efektivitas Intervensi Psikososial:** Intervensi berbasis kelompok atau individu (seperti CBT dan psikoterapi positif) terbukti memberikan perbaikan pada *psychological outcomes*, meskipun besaran efek (*effect size*) bervariasi bergantung pada konteks populasi.
4. **Hubungan Dua Arah Perilaku Kesehatan:** Kondisi kesehatan mental tidak dapat dipisahkan dari keberhasilan medis. Terdapat hubungan timbal balik antara *psychological well-being*, koping, dukungan sosial, kepatuhan obat (*ARV adherence*), dan perilaku kesehatan lainnya.

Keberhasilan pelayanan HIV tidak cukup hanya ditentukan oleh penekanan angka virus dalam darah (*viral suppression*). Penatalaksanaan HIV harus memastikan bahwa pasien dibantu secara aktif untuk mengelola kecemasan, menerima kondisi dirinya, menemukan makna hidup, membangun mekanisme koping adaptif, memperkuat dukungan sosial, serta mempertahankan kepatuhan terapi demi mencapai kualitas hidup yang optimal.

Dalam ranah keperawatan, hal ini mentransformasi dan memperluas peran perawat profesional dari sekadar pemantau kepatuhan terapi medis menjadi:

- ***Assessor:*** Menganalisis secara cermat *distress* psikologis, kecemasan eksistensial, dan kebutuhan informasi spesifik pasien.

- ***Educator & Counselor:*** Menyediakan edukasi kesehatan dan konseling individual yang responsif terhadap persoalan nyata pasien.
- ***Therapeutic Communicator & Facilitator of Coping:*** Memfasilitasi intervensi kognitif (CBT) dan memandu restrukturisasi pola pikir maladaptif.
- ***Spiritual Care Provider:*** Membantu pasien mengintegrasikan nilai-nilai spiritualitas untuk menemukan penerimaan dan makna hidup (*spiritual meaning*).
- ***Service Innovator & Coordinator:*** Mengembangkan dan memanfaatkan teknologi digital (*telenursing* seperti *Mekonsdara*) untuk meruntuhkan hambatan akses, stigma, dan jarak geografis dalam pelayanan keperawatan holistik.

Secara keseluruhan, kontribusi utama dari sintesis ini adalah menegaskan bahwa penatalaksanaan HIV modern harus bergerak secara konsisten melalui tiga tingkatan integratif yang berkesinambungan:

Mengenali Masalah Psikososial & Eksistensial

⇓

Memberikan Intervensi Terarah (CBT, SEFT, Konseling Individual)

⇓

Membangun Sistem Pelayanan Digital (Telenursing)

Menuju *PsychologicalWell-Being* Jangka Panjang

DAFTAR PUSTAKA

Roza, D., & Sastra, L. (2026). Psychological well-being among people living with HIV/AIDS: A systematic review of psychosocial and contextual determinants. *Volume 3*(Issue I). Published February 28, 2026.

Roza, D., Alfitri, & Wira, A. (2021). *Kebutuhan spiritual pasien HIV/AIDS*.

Roza, D., Alfitri, A., & Wirza, T. R. (2023). Analysis of psychological problems in people with HIV/AIDS. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan, 8*(3), 1535–1547.

Roza, D., Alfitri, A., Yanti, N., & Wirza, T. R. (2024). Analisis kebutuhan konseling pada pasien HIV/AIDS. *Jurnal Kesehatan Medika Saintika, 15*(1), 96–103. https://doi.org/10.30633/jkms.v15i1.2152

Roza, D., Alfitri, A., Yanti, N., & Wirza, T. R. (2025). The role of the "Mekonsdara" application in enhancing healthcare access for people living with HIV/AIDS: Assessing patient satisfaction with telenursing. *The Malaysian Journal of Nursing, 17*(2), 91–102. https://doi.org/10.31674/mjn.2025.v17i02.009

Roza, D., Anggreni, S. D., Sasmita, H., Fadriyanti, Y., & Yanti, N. (2020). Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) terhadap kualitas hidup pasien HIV/AIDS. *Jurnal Keperawatan Silampari, 4*, 178–186.

Roza, D., Yanti, N., Suryarinilsih, Y., Alfitri, A., & Sasmita, H. (2022). Cognitive Behavior Therapy (CBT) to reduce death anxiety (thanatophobia) in HIV/AIDS patients. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan, 7*(4), 1131–1138.

BAB 11

PARADIGMA HOLISTIK DALAM PENATALAKSANAAN KECEMASAN SERTA *PSYCHOLOGICAL WELL-BEING* PASIEN HIV/AIDS

11.1 Transformasi Paradigma Penatalaksanaan HIV

Penatalaksanaan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) telah mengalami perubahan paradigma yang sangat besar. Kemajuan pesat dalam Terapi Antiretroviral (*Antiretroviral Therapy*/ART) secara signifikan memungkinkan Orang dengan HIV (ODHIV) menjalani kehidupan yang lebih panjang, teratur, dan produktif. Namun, keberhasilan pengobatan secara biologis (*viral suppression*) belum selalu diikuti oleh pemulihan psikologis pasien secara menyeluruh (*holistic recovery*).

Kecemasan tetap menjadi salah satu masalah klinis yang amat penting karena dapat muncul sejak seseorang pertama kali menerima diagnosis dan berlanjut dalam berbagai bentuk sepanjang perjalanan hidupnya bersama HIV. Kecemasan pada pasien HIV bukan sekadar rasa takut terhadap penyakit fisik semata. Kecemasan tersebut berkaitan erat dengan spektrum yang luas, meliputi:

- Perkembangan kondisi kesehatan fisik dan potensi komplikasi.
- Ketakutan eksistensial terhadap kematian (*thanatophobia*).
- Efek samping terapi jangka panjang serta prosedur pengobatan.
- Stigma sosial dan diskriminasi di masyarakat maupun pelayanan kesehatan.
- Dilema pengungkapan status HIV (*disclosure*) kepada pasangan, keluarga, dan lingkungan kerja.
- Kemungkinan penularan virus kepada pasangan atau anak.
- Pekerjaan, dinamika kondisi ekonomi, serta ketidakpastian mengenai masa depan.

Oleh karena itu, kecemasan pada pasien HIV perlu dipahami sebagai **fenomena biopsikososial dan spiritual**. Kondisi biologis penyakit saling berinteraksi secara dinamis dengan cara pasien memaknai HIV, pengalaman stigma yang dialami, kualitas dukungan yang diterima, kemampuan koping, kondisi psikologis keluarga, spiritualitas, serta sumber daya sosial yang tersedia di lingkungannya. Pemahaman komprehensif tersebut menjadi dasar penting dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan holistik.

11.2 Karakteristik dan Komposisi Kecemasan pada ODHIV

11.2.1 Kecemasan Tidak Selalu Berarti Gangguan (Adaptif vs. Patologis)

Salah satu pesan penting dari pembahasan ini adalah bahwa kecemasan tidak selalu bersifat patologis. Pada tingkat tertentu, kecemasan merupakan respons emosional yang normal dan adaptif terhadap ketidakpastian serta ancaman nyata. Pasien yang baru mengetahui status HIV sangat wajar mengalami rasa khawatir terhadap kondisi kesehatan dan masa depannya.

Permasalahan klinis baru muncul ketika kecemasan menunjukkan sifat-sifat berikut:

1. Berlangsung secara terus-menerus (*persistent*).
2. Sulit dikendalikan oleh kapasitas internal pasien.
3. Tingkat keparahannya tidak sebanding dengan ancaman yang sebenarnya.
4. Mengganggu pola tidur dan konsentrasi.
5. Mengurangi kemampuan dan produktivitas kerja.
6. Menghambat hubungan sosial dan interaksi interpersonal.
7. Menyebabkan perilaku penghindaran (*avoidance behavior*).
8. Mengganggu kepatuhan konsumsi obat ARV (*ART non-adherence*).
9. Menurunkan kualitas hidup (*quality of life*) secara drastis.

Oleh karena itu, tujuan pelayanan keperawatan bukan membuat pasien sama sekali tidak pernah merasa cemas. Tujuan yang jauh lebih realistis adalah membantu pasien memahami, mengendalikan, dan mengelola kecemasan sehingga tidak menguasai kehidupannya.

11.2.2 Kecemasan pada HIV Bersifat Individual

Tidak terdapat satu bentuk kecemasan yang sama pada seluruh pasien HIV. Seorang pasien dapat sangat cemas terhadap hasil pemeriksaan *viral load*, sedangkan pasien lain lebih takut status kesehatannya diketahui oleh keluarga. Pasien lain mungkin lebih mengkhawatirkan masa depan anak, pasangan, pekerjaan, atau ancaman kematian.

Dengan demikian, pertanyaan diagnostik dasar:

"Apakah Anda merasa cemas?"

harus selalu dilanjutkan dengan pertanyaan eksploratif:

"Apa yang paling membuat Anda cemas?"

Pertanyaan kedua jauh lebih penting karena memungkinkan tenaga kesehatan memahami sumber kecemasan yang sebenarnya. Pengalaman unik setiap pasien dipengaruhi oleh konfigurasi berbagai faktor:

Pengalaman Pasien
= Usia & Tahap Perkembangan
+ Jenis Kelamin + Pendidikan
+ Kondisi Ekonomi + Kondisi Klinis
+ Pengalaman Stigma + Dukungan Keluarga
+ Dukungan Sosial + Koping + Spiritualitas
+ Resiliensi

Interaksi dari berbagai faktor tersebut menghasilkan respons psikologis yang sangat unik. Karena itu, penatalaksanaan kecemasan harus bersifat individual (*individualized*) dan berpusat pada pasien (*patient-centered*).

11.2.3 Pentingnya Deteksi dan Pengkajian Dini

Kecemasan tidak selalu terlihat secara langsung dalam bentuk ekspresi emosional verbal. Sebagian pasien mengungkapkan kecemasan melalui keluhan somatik atau fisik, seperti:

- Sulit tidur (*insomnia*).
- Jantung berdebar-debar (*palpitasi*).
- Cepat lelah dan lemah.
- Sulit berkonsentrasi.
- Sakit kepala yang berulang.
- Kegelisahan motorik.
- Keluhan ketegangan tubuh lainnya.

Sebagian pasien lainnya menunjukkan kecemasan melalui perubahan perilaku adaptasi, seperti:

- Menarik diri dari lingkungan sosial.
- Menghindari fasilitas pelayanan kesehatan.
- Menyembunyikan obat dari keluarga.
- Melewatkan dosis konsumsi ARV.
- Menghindari hubungan interpersonal dan komunikasi intim.

Oleh sebab itu, pengkajian kesehatan mental perlu menjadi bagian integral dari pelayanan rutin HIV. Pengkajian tidak cukup hanya menggunakan instrumen psikometri baku. Instrumen seperti *Beck Anxiety Inventory* (BAI), *Hospital*

Anxiety and Depression Scale (HADS), *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7), atau instrumen lain memang dapat membantu mengukur derajat gejala, tetapi skor angka semata tidak dapat menjelaskan seluruh pengalaman hidup pasien.

Pendekatan pengkajian yang jauh lebih lengkap dan komprehensif adalah mengombinasikan:

Pengkajian Utuh
= Skor Kecemasan
+ Sumber Kecemasan Spesifik
+ Fungsi Kehidupan + Tingkat Stigma
+ Kualitas Dukungan + Mekanisme Koping
+ Kepatuhan ART
+ Evaluasi Risiko Keselamatan

Hasil pengkajian yang menyeluruh ini memberikan dasar yang jauh lebih kuat bagi perawat dan tim medis untuk menentukan intervensi klinis yang tepat.

11.3 Peran Strategis Perawat dan Modalitas Intervensi

11.3.1 Perawat Memiliki Posisi Strategis

Perawat mempunyai posisi yang sangat penting dan strategis dalam pengelolaan kecemasan pada pasien HIV karena berinteraksi secara langsung, dekat, dan berulang dengan pasien. Peran perawat tidak hanya terbatas pada tindakan teknis memberikan obat atau memantau kondisi fisik. Dalam pelayanan psikososial, perawat berfungsi secara komprehensif sebagai:

- ***Assessor:*** Untuk mendeteksi secara dini masalah dan *distress* psikologis.
- ***Therapeutic Communicator:*** Untuk menyediakan ruang aman (*safe space*) dan penerimaan bagi pasien.
- ***Educator:*** Untuk memutakhirkan pengetahuan dan memperbaiki mispersepsi mengenai HIV.
- ***Facilitator of Coping:*** Untuk membantu pasien memetakan dan mengembangkan strategi koping adaptif.
- ***Advocate:*** Untuk melindungi martabat, kerahasiaan, dan hak-hak dasar pasien.
- ***Coordinator:*** Untuk menghubungkan pasien dengan pelayanan interprofesional atau sumber daya rujukan lain apabila diperlukan.

Hubungan terapeutik (*therapeutic relationship*) merupakan fondasi dari seluruh peran tersebut. Pasien HIV sering membawa persoalan hidup yang sangat sensitif dan bersifat personal. Karena itu, rasa percaya (*trust*), privasi, jaminan kerahasiaan (*confidentiality*), empati yang mendalam, serta sikap tanpa menghakimi (*non-judgmental attitude*) merupakan bagian terpenting dari kualitas pelayanan keperawatan.

11.3.2 Pendekatan Nonfarmakologis Mempunyai Peranan Besar

Berbagai intervensi nonfarmakologis memegang peranan krusial dalam membantu pasien mengelola kecemasan:

- **Psikoedukasi:** Membantu mengurangi ketidakpastian informasi medis dan memperbaiki interpretasi atau skema kognitif yang salah.
- **Teknik Relaksasi Fisiologis:** Teknik napas dalam (*deep breathing*), *Progressive Muscle Relaxation* (PMR), dan *guided imagery* membantu menurunkan ketegangan saraf otonom dan arousal fisiologis.
- **Mindfulness:** Membantu pasien mengurangi reaksi emosional otomatis terhadap pikiran-pikiran yang mengancam.
- **Pendekatan Kognitif-Perilaku (CBT):** Membantu pasien mengenali alur hubungan yang saling memengaruhi:

Situasi ⟶ Pikiran Subjektif ⟶ Emosi ⟶ Respons Tubuh
⟶ Perilaku

Melalui proses CBT, pasien belajar mengevaluasi pikiran-pikiran katastrofik (*seperti: "Saya positif HIV, berarti hidup saya hancur"*) dan merestrukturisasinya menjadi respons penilaian yang lebih proporsional serta adaptif.

- **Modalitas Pendukung:** *Peer support* (dukungan sebaya), konseling individual, konseling keluarga, serta dukungan spiritual juga mempunyai posisi vital karena kecemasan eksistensial tidak selalu dapat diselesaikan hanya melalui teknik relaksasi fisik.

Pada akhirnya, intervensi keperawatan yang ideal sering kali bukan berupa satu teknik tunggal, melainkan kombinasi harmonis dari beberapa pendekatan (*multimodal intervention*) yang disesuaikan secara presisi dengan kebutuhan unik pasien.

11.4 Dimensi Protektif: Dukungan Sosial dan Spiritualitas

11.4.1 Dukungan Sosial Merupakan Sumber Protektif Utama

Salah satu temuan penting yang berulang secara konsisten dalam berbagai penelitian adalah besarnya peranan dukungan sosial dalam meredam *distress*.

- **Peran Keluarga:** Keluarga dapat memberikan rasa aman, penerimaan tanpa syarat, bantuan praktis sehari-hari, dukungan pengawasan pengobatan, serta kesempatan untuk berbagi beban emosional.
- **Peran Teman Sebaya (*Peer Support*):** Teman sebaya yang memiliki status sama memberikan dimensi yang berbeda, yaitu **pengalaman bersama (*shared experience*)**. Pasien dapat merasakan ungkapan: *"Orang ini benar-benar memahami apa yang sedang saya alami secara nyata."* Perasaan memiliki (*sense of belonging*) tersebut secara efektif mengurangi rasa terisolasi dan menekan *internalized stigma*.

Namun, dukungan harus berkualitas dan memberikan rasa aman. Dukungan keluarga yang masih stigmatis atau *peer group* yang tidak mampu menjaga kerahasiaan justru berpotensi memperburuk *distress* psikologis pasien. Oleh karena itu, bukan sekadar jumlah orang dalam jaringan sosial yang penting, melainkan **rasa aman dan kualitas hubungan** di dalamnya.

11.4.2 Spiritualitas dan Makna Kehidupan

Diagnosis HIV dapat menimbulkan pertanyaan eksistensial yang jauh lebih dalam daripada sekadar persoalan kesehatan fisik. Pasien sering kali mempertanyakan:

"Apa makna hidup saya sekarang?"

"Mengapa takdir ini terjadi pada saya?"

"Apakah saya masih mempunyai masa depan yang berarti?"

"Apa yang dapat memberikan saya kekuatan untuk terus bertahan?"

Spiritualitas dapat menjadi sumber koping yang sangat kuat ketika membantu pasien membangun sinergi antara:

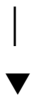
Spiritualitas Adaptif
= Makna Hidup + Harapan + Penerimaan Diri
+ Ketenangan Batin (*Inner Peace*)

Namun, pelayanan spiritual dalam keperawatan harus selalu mengikuti keyakinan, nilai-nilai, dan preferensi pribadi pasien. Perawat tidak berperan untuk memaksakan doktrin atau interpretasi agama tertentu. Pendekatan spiritual yang tepat adalah mendampingi dan membantu pasien menemukan sumber kekuatan spiritual yang bermakna bagi dirinya sendiri.

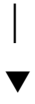
11.5 Trajektori Penelitian Penulis: Perjalanan dari Masalah menuju Solusi

Rangkaian penelitian yang dilakukan penulis memberikan bukti empiris bahwa kebutuhan psikologis pasien HIV merupakan persoalan yang nyata, dinamis, dan kompleks.

Identifikasi Masalah Psikologis & Stigma



Analisis Kebutuhan Konseling (23 Kebutuhan Informasi Spesifik)



Pengembangan Intervensi Terarah (CBT untuk Thanatophobia, SEFT, & Kebutuhan Spiritual)



Inovasi Service Delivery & Akses Digital (Telenursing "Mekonsdara" - Evaluasi EUCS)



Sintesis Systematic Review Determinan Psychological Well-Being

1. **Tahap Identifikasi & Analisis Kebutuhan:** Penelitian awal penulis menunjukkan kebutuhan konseling yang sangat beragam dari 84 pasien di Poliklinik VCT RSUP Dr. M. Djamil Padang—mulai dari persoalan status anak, rencana pernikahan, manajemen obat ARV, hubungan keluarga, stigma, hingga motivasi menjalani kehidupan. Hal ini memperlihatkan bahwa kecemasan pasien HIV sangat berkaitan erat dengan situasi kehidupan sehari-hari, bukan hanya masalah teknis klinis.

2. **Tahap Pengembangan Intervensi Spesifik:** Perhatian mendalam terhadap kecemasan terhadap kematian mendorong penerapan pendekatan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) untuk merestrukturisasi *thanatophobia*. Sementara itu, penelitian mengenai kebutuhan spiritual dan *Spiritual Emotional Freedom Technique* (SEFT) memperluas pendekatan keperawatan ke arah dimensi makna dan peningkatan kualitas hidup.
3. **Tahap Inovasi Layanan Digital (*Telenursing*):** Penelitian bergerak dari sekadar mengidentifikasi masalah menuju formulasi solusi pelayanan nyata melalui pengembangan aplikasi **Mekonsdara** sebagai media *telenursing* dan konseling digital. Evaluasi kepuasan pengguna (pada 50 responden menggunakan kerangka EUCS) membuktikan bahwa *telenursing* mampu meruntuhkan hambatan geografis dan stigma sosial.
4. **Tahap Sintesis Konseptual:** *Systematic review* terbaru penulis memperkuat kesimpulan bahwa *psychological well-being* pasien HIV dibentuk oleh jejaring faktor yang kompleks, terutama interaksi antara stigma, kecemasan dan depresi, *social support*, strategi *coping*, kondisi sosial-ekonomi, perilaku kesehatan, serta aksesibilitas terhadap intervensi psikososial.

Alur riset keperawatan yang utuh dan berkesinambungan:

Identifikasi Masalah → Memahami Kebutuhan
→ Mengembangkan Intervensi
→ Membangun Sistem Pelayanan
→ Mengevaluasi Outcome

Dengan demikian, keseluruhan rangkaian penelitian ini menghasilkan satu pesan besar: **pengendalian virus merupakan tujuan klinis, tetapi kesejahteraan psikologis (*psychological well-being*) merupakan tujuan kehidupan.**

11.6 Menuju Pelayanan HIV yang Lebih Holistik

Pelayanan HIV ke depan perlu bergerak dari paradigma lama yang semata-mata berorientasi pada penyakit (*disease-centered care*) menuju paradigma baru yang berorientasi pada manusia secara utuh (*human-centered care*).

PARADIGMA LAMA (Biomedis Murni):

Diagnosis ——————> Terapi ART ——————> Viral Suppression (Selesai)

PARADIGMA HOLISTIK INTEGRATIF:

Diagnosis Ditentukan



ART dan Pengendalian Penyakit Biologis

+

Pengkajian Kesehatan Mental & Screening Rutin

+

Dukungan Sosial & Perawatan Spiritual

+

Intervensi Kecemasan & Restrukturisasi Kognitif

+

Penguatan Coping, Efikasi Diri, & Resiliensi

|

▼

Pencapaian Quality of Life & Psychological Well-Being

Integrasi holistik tersebut bukan berarti setiap pasien secara otomatis membutuhkan psikoterapi mendalam atau pelayanan psikiatri tingkat lanjut. Sebagian besar pasien dapat memperoleh manfaat signifikan hanya dari *screening* rutin, komunikasi terapeutik, psikoedukasi, dukungan emosional, dan intervensi mandiri sederhana yang diintegrasikan dalam pelayanan keperawatan rutin.

Pasien yang memiliki tingkat kompleksitas kebutuhan lebih tinggi selanjutnya dapat dirujuk untuk memperoleh pelayanan psikologis atau psikiatrik yang lebih spesifik. Model pelayanan yang ideal ini mengadopsi pendekatan **Stepped Care Model**: intervensi keperawatan dan medis diberikan secara bertahap sesuai dengan tingkat kebutuhan, risiko, dan keparahan masalah pasien.

11.7 Tantangan dan Arah Pengembangan Riset Masa Depan

Masih banyak aspek ilmiah yang perlu terus dikembangkan dalam ruang lingkup keperawatan HIV:

1. **Desain Penelitian Longitudinal:** Penelitian mengenai kecemasan pada ODHIV perlu lebih banyak menggunakan desain longitudinal agar dinamika dan trajektori perkembangan kecemasan dari waktu ke waktu (sepanjang fase diagnosis hingga terapi jangka panjang) dapat dipahami secara presisi.
2. **Pengujian Interaksi Antar-Variabel:** Penelitian ke depan perlu menguji bagaimana berbagai faktor psikososial berinteraksi secara moderasi maupun mediasi, bukan hanya mengujinya secara terisolasi. Contoh pertanyaan kritisnya:
    - *Apakah dukungan sosial menurunkan kecemasan secara langsung, atau melalui peningkatan resiliensi pasien*
    - *Apakah stigma memengaruhi kecemasan melalui mekanisme isolasi sosial.*
    - *Apakah kecemasan memengaruhi ketidakpatuhan obat (adherence) melalui mekanisme perilaku penghindaran (avoidance)?*

    Pertanyaan-pertanyaan ini sangat vital untuk merancang modul intervensi keperawatan yang lebih spesifik dan *target-oriented*.
3. **Pengujian *Outcome* Klinis pada Inovasi Digital:** Penelitian intervensi perlu bergerak dari sekadar menilai kepuasan pengguna (*"Apakah pasien puas dengan layanan?"*) menuju pengujian efektivitas luaran

klinis yang nyata (*"Apakah intervensi benar-benar memulihkan outcome kesehatan?"*).

Dalam konteks *telenursing* (seperti platform **Mekonsdara**), evaluasi selanjutnya harus menguji apakah penggunaan konseling digital secara substansial dapat:

- Menurunkan skor kecemasan secara signifikan.
- Meningkatkan kapasitas *coping* adaptif.
- Meningkatkan *self-efficacy* pasien dalam manajemen mandiri.
- Memperbaiki kepatuhan minum obat ARV (*adherence*).
- Mengurangi dampak stigma terinternalisasi.
- Meningkatkan kualitas hidup (*quality of life*) secara keseluruhan.

Pemanfaatan teknologi mempunyai potensi yang sangat besar, tetapi pengembangannya wajib dibangun di atas pilar kerahasiaan (*confidentiality*), keamanan data medis, aksesibilitas yang inklusif, serta prinsip *human-centered care*.

PROFIL PENULIS



Defia Roza, adalah staf pengajar dengan jabatan Lektor Kepala di Jurusan Keperawatan Politekhnik Kesehatan Kementrian Kesehatan Padang.Beliau lulusan Akademi Keperawatan Depkes Padang, dan menyelesaikan pendidikan S1 nya di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas dan S2 Ilmu Biomedik Di Universitas yang sama. Penulis mengampu mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Gawat darurat, Asuhan Keperawatan HIV AIDS, Ilmu Biomedik dasar di Poltekkes Kemenkes Padang. Penulis aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat di bidang HIV AIDS, dan sudah menerbitkan beberapa artikel dan buku tentang HIV AIDS

Penulis juga aktif di beberapa organisasi profesi, seperti DPK PPNI Poltekkes Kemenkes Padang, Himpunan Perawat Critical Care Indonesia Provinsi Sumatera Barat.



Alfitri, adalah seorang Doktor Bimbingan dan Konseling, Konselor HIV dan Perawat di RSUP Dr.M.Djamil padang. Beliau Lulusan akademi Keperawatan Depkes RI Padang, Sarjana Keperawatan di PSIK FK Universitas Andalas Padang, Magister Keperawatan FIK Universitas Indonesia Jakarta, peminatan Keperawatan Imunologi (HIV) dan Ners Spresialis Keperawatan Medikal Bedah di universitas Yang sama dan beliau lulusan S3

di Universitas Negeri Padang . Selain menjadi Perawat beliau juga menjadi dosen pakar dibidang HIV di berbagai Institusi Pendidikan Keperawatan di Sumbar, Riau, Jambi. Beliau sekarang menjabat ketua DPD Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Kota Padang Sumatera Barat.



Nova yanti, adalah staf pengajar di Jurusan Keperawatan Politekhnik Kesehatan Kementrian Kesehatan Padang. Beliau lulusan Akademi Keperawatan Depkes Padang, dan menyelesaikan pendidikan S1 dan S2 nya di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan S2 keperawatan Spesialis Medika Bedah.

Penulis mengampu mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Gawat darurat, Keperawatan kritis di Poltekkes Kemenkes Padang. Penulis juga aktif di beberapa organisasi profesi, seperti DPW PPNI Propinsi Sumatera Barat, DPK PPNI Poltekkes Kemenkes Padang, Himpunan Perawat Medikal bedah Propinsi Sumatera Barat.



Thifla Rafifa Wirza, adalah dokter gigi dan telah menyelesaikan pendidikan dokter gigi Universitas Andalas dan menyelesaikan pendidikan S2 di Iimu biomedis Fakultas Kedokteran Universitas Andalas. Penulis aktif dalam melakukan penelitian terkait kesehatan terutama dibidang kesehatan gigi dan HIV/AIDS serta telah mengeluarkan beberapa artikel yang sudah terpublish dijurnal. Selain dibidang akademis, penulis juga aktif dalam bidang kesenian dan telah mendapatkan berbagai prestasi dibidang ini.