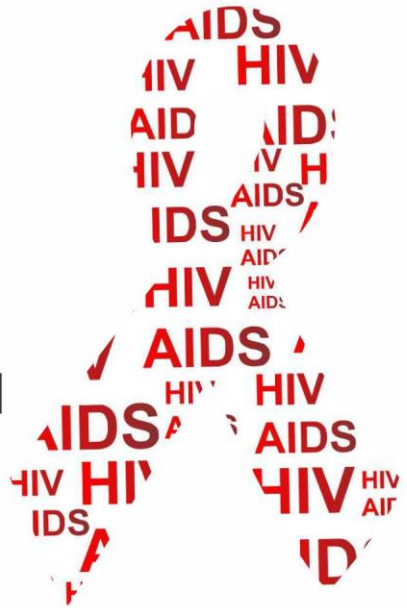


PENDIDIKAN KESEHATAN

HIV & AIDS

BAGI TENAGA KESEHATAN



Dr. Dewi Purnamawati, M.KM

Kutipan Pasal 72:**Sanksi Pelanggaran Undang-Undang Hak Cipta
(Undang-Undang No. 19 Tahun 2002)**

1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) 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).

PEMBAJAKAN BUKU ADALAH KRIMINAL!

Anda jangan menggunakan buku bajakan, demi menghargai jerih payah para pengarang.

PENDIDIKAN KESEHATAN HIV dan AIDS

Bagi Tenaga Kesehatan

Dr. Dewi Purnamawati, M.KM

STIKes Kharisma Karawang

Karawang, Oktober 2016

PENDIDIKAN KESEHATAN HIV dan AIDS BAGI TENAGA KESEHATAN

Penulis : Dr. Dewi Purnamawati, M.KM
Kontributor : Indra Supradewi, M.Kes; Sri Sukanti,
S.Kp., M.KM; Ayi Diah Damayani, M.Keb
Desain cover : Kharis Permadiana, S.I.Kom
Cetakan : Pertama, Oktober 2016
Ukuran : 15 x 23 cm= v + 81 halaman

ISBN : 978-602-60312-1-1

Diterbitkan oleh:
STIKes Kharisma Karawang
Jl. Pangkal Perjuangan, Km.01 By Pass Karawang Barat
Email: stikeskharisma@gmail.com

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya lah penulis dapat menyelesaikan buku Pendidikan Kesehatan HIV. Buku ini penulis susun sebagai pedoman tenaga kesehatan, khususnya bidan dalam memberikan pendidikan kesehatan HIV untuk ibu dan pasangannya.

HIV dan AIDS adalah masalah kesehatan Dunia. Sampai akhir tahun 2015, jumlah penderita HIV mencapai 78 Juta jiwa dan bertanggung jawab terhadap 35 juta kematian di seluruh dunia. Salah satu faktor risiko penularan HIV adalah penularan dari ibu pengidap HIV kepada anak, baik mulai dari kehamilan, persalinan maupun pada saat menyusui. Upaya pencegahan menjadi sangat penting terutama didalam meningkatkan pengetahuan masyarakat khususnya ibu hamil tentang HIV menjadi penting.

Terima kasih kepada semua pihak atas segala bantuan yang telah diberikan. Akhir kata, semoga buku ini memberikan manfaat untuk para pembaca.

Penulis,

Dr. Dewi Purnamawati, M.KM

DAFTAR ISI

	Halaman
Kata Pengantar	iv
Daftar Isi	vi
Bab 1. : Konsep Dasar Pendidikan Kesehatan Pada Ibu Hamil	1
A. Pengertian Pendidikan Kesehatan	2
B. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan dalam Kelas Ibu Hamil	4
C. Alat Bantu dan Media Pendidikan Kesehatan	8
Bab 2. : Kosep dasar HIV dan AIDS	13
A. Pengertian HIV dan AIDS	14
B. Tanda, gejala dan Risiko HIV	19
C. Penularan HIV	24
D. Pencegahan HIV	29
Bab 3. : Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak	34
A. Penularan HIV dari ibu ke Anak	36
B. Pencegahan Penularan HIV dari ibu ke Anak	38
C. Tata laksana ibu hamil dengan HIV	47
D. Tata laksana bayi dengan Ibu HIV	55
E. Stigma, Diskriminasi dan Dukungan sosial	61
Bab 4. : Deteksi dini risiko HIV pada ibu hamil dan pasangannya serta TIPK	68
A. Deteksi Dini Risiko HIV	69
B. TIPK	76

BAB 1

PENDIDIKAN KESEHATAN HIV

PADA IBU HAMIL

Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal. Pengetahuan seseorang tentang sesuatu obyek juga mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek inilah yang akhirnya akan menentukan sikap seseorang terhadap obyek tertentu. Semakin banyak aspek positif dari obyek yang diketahui, akan menumbuhkan sikap makin positif terhadap obyek tersebut.

Salah satu kegiatan peningkatan pengetahuan dan keterampilan ibu hamil tentang kesehatan adalah dengan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan tidak hanya mencakup kegiatan pembelajaran dan strategi lain untuk mengubah perilaku kesehatan individu tetapi juga upaya organisasi, arahan kebijakan, dukungan ekonomi,

kegiatan lingkungan, media massa, dan program-program di tingkat masyarakat (Glanz dan Rimer, 2008).

A. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan-tindakan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Menurut Griffiths (1972) dalam Glanz (2008), pendidikan kesehatan mencoba untuk menutup kesenjangan antara apa yang diketahui tentang praktek kesehatan yang optimal dan yang benar-benar dipraktikkan.

Simond (1976) mendefinisikan pendidikan kesehatan sebagai suatu kegiatan yang bertujuan untuk merubah perilaku individu, kelompok dan masyarakat dari perilaku yang merugikan kesehatan menjadi perilaku yang kondusif untuk sehat. Tahun 1980, Green mendefinisikan pendidikan kesehatan sebagai pengalaman belajar yang di rancang untuk membentuk perilaku sehat.

Pendidikan kesehatan meliputi perawatan yang berkelanjutan, mulai dari tindakan pencegahan dan promosi kesehatan sampai dengan deteksi penyakit, pengobatan dan rehabilitasi. Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari promosi kesehatan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu pendidikan kesehatan:

- Perangkat lunak (*soft ware*) seperti kurikulum, metode pendidikan, kualifikasi tenaga pengajar, manajemen dan organisasi.
- Perangkat keras (*hard ware*), yaitu fasilitas fisik pendidikan, Alat bantu atau media pembelajaran.
- Peserta Didik
- Proses Pendidikan

Selain faktor diatas, hal lain yang penting diperhatikan untuk mencapai keberhasilan pendidikan kesehatan di masyarakat adalah materi yang disampaikan sesuai dengan kebutuhan masyarakat serta penggunaan bahasa yang mudah dimengerti oleh masyarakat.

Tujuan Pendidikan Kesehatan:

- 1) Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta peran aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.
- 2) Terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga dan masyarakat yang sesuai dengan konsep hidup sehat baik fisik, mental dan social sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian.
- 3) Mengubah perilaku perseorangan dan atau masyarakat dalam bidang kesehatan (Effendy, 1997).

B. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan HIV Pada Kelas Ibu Hamil

Lingkup Pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, yaitu: berdasarkan sasaran pendidikan, tempat pendidikan maupun tingkat pelayanan kesehatan. Berdasarkan sasarannya maka pendidikan kesehatan

dikelompokkan menjadi pendidikan kesehatan individu, kelompok dan masyarakat. Berdasarkan tempat pelaksanaannya maka pendidikan kesehatan dapat dilakukan pada tiga lokasi yaitu: pendidikan kesehatan di masyarakat, pendidikan kesehatan di sekolah dan pendidikan kesehatan di pelayanan kesehatan. berdasarkan dimensi tingkat pelayanan kesehatan, maka pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkatan pencegahan, yaitu promosi kesehatan, perlindungan khusus, Diagnosis dini pengobatan segera, pembatasan cacat serta rehabilitasi.

Pada bahasan ini maka lingkup pendidikan kesehatan yang dibahas adalah pendidikan kesehatan di masyarakat yaitu kelas ibu hamil. Kelas ibu hamil merupakan suatu sistem pendidikan kesehatan di masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu dalam menjalani kehamilan dan persalinan. Dikelas ini, ibu hamil akan belajar bersama, diskusi dan tukar pengalaman tentang kesehatan Ibu dan anak secara menyeluruh dan sistematis serta dapat

dilaksanakan secara terjadwal dan berkesinambungan (Kemenkes, 2011).

Kelas ibu hamil adalah kelompok belajar ibu-ibu hamil dengan umur kehamilan sedini mungkin yaitu antara usia 4 minggu sampai dengan usia 36 minggu (menjelang persalinan) dengan jumlah peserta maksimal 10 orang. Pemberian materi diberikan selama empat kali pertemuan dengan melibatkan suami atau keluarga minimal satu kali dalam empat kali pertemuan.

Keuntungan kegiatan kelas ibu hamil adalah: 1) Materi diberikan secara menyeluruh dan terencana sesuai dengan pedoman kelas ibu hamil yang memuat mengenai kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, perawatan nifas, perawatan bayi baru lahir, mitos, penyakit menular seksual dan akte kelahiran. 2) Penyampaian materi lebih komprehensif karena ada persiapan petugas sebelum penyajian materi. 3) Dapat mendatangkan tenaga ahli untuk memberikan penjelasan mengenai topik tertentu. 4) Waktu

pembahasan materi menjadi efektif karena pola penyajian materi terstruktur dengan baik. 5) Ada interaksi antara petugas kesehatan dengan ibu hamil pada saat pembahasan materi dilaksanakan. 6) Dilaksanakan secara berkala dan berkesinambungan. 7) Dilakukan evaluasi terhadap petugas kesehatan dan ibu hamil dalam memberikan penyajian materi sehingga dapat meningkatkan kualitas sistem.

Pertemuan kelas ibu hamil dilakukan 4 kali pertemuan selama hamil atau sesuai dengan hasil kesepakatan fasilitator dengan peserta. Pada setiap pertemuan, materi kelas ibu hamil yang akan disampaikan disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi ibu hamil tetapi tetap mengutamakan materi pokok. Khusus untuk materi ke 3, maka topik materi dapat disesuaikan dengan permasalahan yang ada pada setiap daerah. Pada setiap akhir pertemuan dilakukan senam ibu hamil. Senam ibu hamil merupakan kegiatan/materi ekstra di kelas ibu hamil. Waktu pertemuan disesuaikan dengan kesiapan ibu-ibu, bisa dilakukan pada pagi atau sore hari dengan

lama waktu pertemuan 120 menit termasuk senam hamil 15-20 menit.

Metode pembelajaran yang digunakan dalam kelas ibu hamil adalah metode pembelajaran pada orang dewasa. Pada kelas ibu hamil diharapkan terjadi interaksi dan partisipasi penuh, baik dari peserta maupun fasilitator.

Fokus pembelajaran bukan hanya pada peningkatan pengetahuan namun juga peningkatan keterampilan dan sikap ibu hamil terhadap kehamilannya. Oleh karena itu metode yang digunakan bukan hanya ceramah, namun ada beberapa metode lain yang disesuaikan dengan materi yang disampaikan, seperti demonstrasi, simulasi dan curah pendapat. Dengan demikian kelas ibu hamil diharapkan menjadi wadah dalam memberikan pendidikan kesehatan pada ibu hamil.

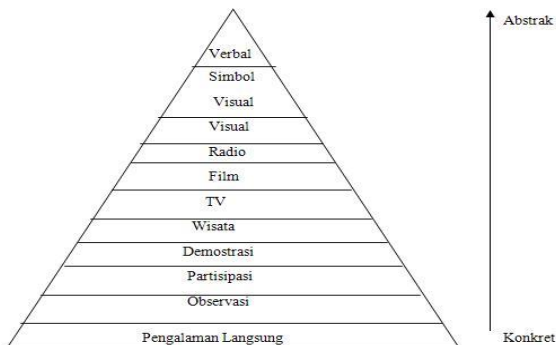
C. Alat bantu dan Media Pendidikan Kesehatan

Alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan.

Menurut Edgar Dale dalam Notoatmodjo (2002), alat bantu pendidikan dibedakan digambarkan seperti kerucut yang memperlihatkan intensitas dari masing-masing alat bantu pendidikan. Semakin ke bawah maka alat bantu yang digunakan semakin jelas menggambarkan persepsi pendidikan. Kerucut Edgar Dale dapat dilihat pada gambar dibawah ini:

Gambar 1.1

Kerucut Edgar Dale



Gambar 2.1

Kerucut Pengalaman (*Cone of experience*) Edgar Dale

Sumber: Notoadmodjo, 2002

Adapun fungsi dari alat bantu pendidikan adalah:

- 1) Menimbulkan minat sasaran pendidikan
- 2) Mencapai sasaran yang lebih banyak
- 3) Membantu mengatasi hambatan bahasa

- 4) Merangsang sasaran pendidikan untuk melaksanakan pesan-pesan kesehatan
- 5) Membantu sasaran pendidikan untuk belajar lebih banyak
- 6) Merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan pada orang lain
- 7) Mempermudah penyampaian bahan pendidikan
- 8) Mempermudah penerimaan informasi.
- 9) Mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudia lebih mendalami dan akhirnya memberikan pengertian yang lebih baik.
- 10) Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh.

Alat bantu pendidikan juga dibedakan menjadi:

- 1) Alat bantu Lihat (visual Aids), seperti slide, film, peta, boneka dan sebagainya
- 2) Alat bantu dengar (Audio Aids), seperti radio, pita suara piringan hitam dan sebagainya.

Gabungan antara alat bantu lihat dan alat bantu dengar adalah alat bantu Lihat-dengar, seperti: Televisi dan video caset, yang lebih dikenal dengan istilah *Audio Visual Aids* (AVA).

Penggunaan alat bantu pendidikan akan memberikan pengalaman yang tidak langsung maupun langsung pada peserta didik. Oleh karena itu penggunaan alat bantu pendidikan kesehatan HIV yang tepat pada kelas ibu hamil akan memperjelas pesan-pesan yang disampaikan pada ibu hamil, sehingga ibu hamil dapat mengerti dan memahami dan pada akhirnya akan muncul kesadaran untuk berperilaku sehat dalam kerangka pencegahan penularan HIV dan AIDS.

Referensi

1. Effendy Nasrul, 1997. Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. EGC. Jakarta
2. Glanz dan Rimer, 2008. Glantz, Karen; Rimer, Barbara K; Viswanath K. 2008. Health behavior and Health Education Theory Research and Practice. Jossey Bas A Willley Imprint. San Francisco. <http://www.sanjeshp.or>
3. Kemenkes, 2011. Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil

4. _____, 2013. Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil
5. Notoatmodjo, Soekidjo, 2002. Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni. Rineka Cipta. Jakarta

BAB 2

KONSEP DASAR HIV DAN AIDS

HIV adalah singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus*. HIV termasuk kelompok retrovirus, virus yang mempunyai enzim (protein) yang dapat mengubah RNA (*Ribonucleic Acid*), materi genetiknya menjadi DNA (*Deoxyribonucleic acid*). HIV menyebabkan penyakit terutama dengan merusak sistem kekebalan tubuh. Virus ini dapat menginfeksi sel-sel manusia, tetapi target paling penting adalah limfosit CD4 (juga dikenal sebagai sel CD4, sel T-pembantu atau sel pembantu). Sel CD4 adalah salah satu tipe dari sel darah putih yang bertanggung jawab untuk mengendalikan atau mencegah infeksi oleh banyak virus yang lain, bakteri, jamur dan parasit dan juga beberapa jenis kanker. Infeksi HIV menyebabkan kerusakan sel-sel CD4. Dalam waktu panjang, jumlah sel-sel CD4 menurun, walaupun mungkin diperlukan waktu bertahun-tahun, jumlah CD4 akhirnya menjadi demikian rendah sehingga jumlah sel ini tidak memadai untuk

melawan infeksi, yang menyebabkan gejala atau komplikasi muncul. Kecepatan penurunan CD4 bervariasi dari satu orang ke orang lain, tergantung pada sejumlah faktor termasuk ciri-ciri genetik, ciri-ciri galur virus dan jumlah virus dalam darah (Gallant, 2010).

A. Pengertian HIV dan AIDS

Setiap orang yang menderita AIDS pasti terinfeksi HIV, namun tidak semua orang dengan infeksi HIV menderita AIDS.

AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immunodeficiency Syndrome*. disebut *acquired* (diperoleh) karena hanya akan menderita kalau terinfeksi HIV. *Immunodeficiency* berarti menyebabkan rusaknya sistem kekebalan tubuh, disebut *syndrome* karena di tahun-tahun sebelum HIV ditemukan dan dikenali sebagai penyebab AIDS, kita mengenali sejumlah gejala dan komplikasi, termasuk infeksi dan kanker yang terjadi pada orang yang mempunyai faktor-faktor risiko yang umum.

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus golongan RNA yang spesifik menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dan menyebabkan AIDS.

HIV positif adalah orang yang telah terinfeksi virus HIV dan tubuh telah membentuk antibodi (zat anti) terhadap virus tersebut. Mereka berpotensi sebagai sumber penularan bagi orang lain. AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome/Sindroma Defisiensi Imun Akut / SIDA*) adalah kumpulan gejala klinis akibat penurunan sistem imun yang timbul akibat infeksi HIV. AIDS sering bermanifestasi dengan munculnya berbagai penyakit infeksi oportunistik, keganasan, gangguan metabolisme dan lainnya.

AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome/Sindrom Defisiensi Imun Didapat /SIDA*)

A : *Acquired* artinya didapat, (bukan diturunkan) yang berarti AIDS terjadi karena tertular virus HIV

I : *Immuno*/imun artinya kekebalan tubuh. Virus ini menyerang sistem kekebalan tubuh dan meningkatkan kerentanan terhadap infeksi.

- D** :*Deficiency*/Defisiensi artinya tidak cukup atau kekurangan (sel darah putih tertentu dalam sistem kekebalan tubuh).
- S** :*Syndrome*/sindrom, artinya sekelompok gejala sebagai akibat infeksi HIV.

Dengan demikian, AIDS pada dasarnya adalah kumpulan gejala klinis akibat penurunan sistem imun yang timbul akibat infeksi HIV. Ini artinya orang yang mengidap AIDS sangat mudah tertular berbagai macam penyakit. Ketika sistem kekebalan tubuh sudah sangat lemah, tubuh tidak dapat melawan kuman-kuman yang pada kondisi normal tidak menimbulkan penyakit. Infeksi oportunistik dapat disebabkan oleh berbagai virus, jamur, dan bakteri serta dapat menyerang berbagai organ tubuh.

Masa Jendela (*window period*) adalah masa dimana seseorang yang sudah terinfeksi HIV, namun pada pemeriksaan antibodi di dalam darahnya masih belum ditemukan HIV. Masa jendela ini biasanya berlangsung 3 bulan sejak infeksi awal.

Limfosit adalah bagian dari sel leukosit yang memiliki fungsi spesifik untuk fagositosis, memori. Limfosit terbagi 2 golongan utama yaitu limfosit T dan B. Limfosit T adalah jenis limfosit yang mengalami proses pematangan di timus (T) dan memiliki fungsi dalam memori, sitotoksik terhadap antigen asing.

CD 4 (CD: *cluster of differentiation*) adalah reseptor pada permukaan sel limfosit T yang menjadi tempat melekatnya virus HIV. Jumlah CD4+ limfosit T dalam plasma adalah petunjuk progresivitas penyakit pada infeksi HIV. Viral Load adalah beban virus yang setara dengan jumlah virus dalam darah yang dapat diukur dengan alat tertentu (antara lain PCR).

Antigen p24 adalah antigen yang terdapat pada virus HIV yang dapat dideteksi 2-3 minggu setelah terinfeksi.

Perjalanan alamiah infeksi HIV, terdiri atas 3 fase, yaitu:

1. Fase I (masa jendela/window periode)

Fase dimana tubuh sudah terinfeksi HIV, namun pada pemeriksaan antibodi di dalam darahnya masih belum ditemukan anti-HIV. Masa jendela ini biasanya berlangsung 3 bulan sejak infeksi awal. Selama masa jendela, pasien sangat infeksius, mudah menularkan kepada orang lain. Sekitar 30-50% orang mengalami masa infeksi akut pada masa infeksius ini dengan gejala demam, pembesaran kelenjar getah bening, keringat malam, ruam kulit, sakit kepala dan batuk.

2. Fase II (masa tanpa gejala/asimtomatik)

Fase dimana hasil tes darah terhadap HIV sudah positif tetapi individu belum menunjukkan gejala sakit. Individu ini dapat menularkan HIV kepada orang lain. Masa tanpa gejala berlangsung rata-rata selama 2-3 tahun hingga lebih dari 10 tahun.

3. Fase III (AIDS)

Ini adalah fase terminal dari HIV yang kita sebut dengan AIDS. Pada fase ini kekebalan tubuh telah

menurun dan timbul gejala penyakit terkait HIV, seperti:

- Pembengkakan kelenjar getah bening yang menetap di seluruh tubuh
- Diare kronis
- Batuk pilek tidak sembuh-sembuh
- Berat badan terus menurun sebesar > 10% dari berat awal dalam waktu 1 bulan

B. Tanda, Gejala dan Risiko HIV

1. Gejala infeksi tahap awal

Sebagian besar orang yang terkena infeksi HIV tidak menyadari adanya gejala infeksi HIV tahap awal. Karena, tidak ada gejala mencolok yang tampak segera setelah terjadi infeksi awal, bahkan mungkin sampai bertahun-tahun kemudian. Meskipun infeksi HIV tidak disertai gejala awal, seseorang yang terinfeksi HIV akan membawa virus HIV dalam darahnya. Orang yang terinfeksi tersebut akan sangat mudah menularkan virus HIV kepada orang lain, terlepas dari apakah penderita tersebut kemudian terkena AIDS atau tidak. Untuk

menentukan apakah virus HIV ada di dalam tubuh seseorang adalah dengan tes HIV.

Stadium Klinik 1

- Asimtomatik
- Limfadenopati Generalisata yang menetap

2. Gejala infeksi tahap menengah

Gejala infeksi HIV pada tahap menengah sudah lebih jelas, misalnya flu yang berulang-ulang: lesu, demam, berkeringat, otot sakit, pembesaran kelenjar limfe, batuk.

Gejala infeksi HIV lainnya yaitu infeksi mulut dan kulit yang berulang-ulang, seperti sariawan, atau gejala-gejala dari infeksi umum lain yang selalu kambuh karena penurunan kekebalan tubuh.

Stadium Klinik 2 (*Mild disease*/Penyakit awal)

- Berat badan turun kurang dari 10%
- Infeksi saluran nafas rekuren (sinusitis, tonsillitis, otitis media dan pharingitis)
- Herpes zoster

- Kheilitis angularis
- Ulkus oral yang rekuren
- Pruritic Papular Eruptions
- Dermatitis seboroik
- Infeksi jamur pada kuku

3. Gejala infeksi tahap akhir

Gejala infeksi HIV tahap akhir disebut juga gejala AIDS, yaitu berat badan menurun dengan cepat, diare kronis, batuk, sesak nafas (infeksi paru-paru, tuberculosis yang telah meluas), bintik-bintik atau bisul berwarna merah muda atau ungu (kanker kulit yang disebut sarcoma kaposi), pusing-pusing, bingung, infeksi otak.

Stadium Klinik 3 (*Advanced Disease/*Penyakit lanjut)

- Berat badan turun lebih dari 10%
- Diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan
- Demam, baik intermiten maupun konstan yang berlangsung lebih dari 1 bulan
- Oral kandidiasis persisten
- Oral hairy leukoplakia

- TB paru
- Infeksi bakterial yang berat, seperti : pneumonia, empiema, piomiositis, meningitis, infeksi pada tulang atau sendi, bakterimia, dll.
- Nekrotizing stomatitis akut ulseratif, gingivitis dan periodontitis
- Anemia (<8 g/dl), neutropenia ($<0,5 \times 10^9/L$) dan atau trombositopeni kronik ($<50 \times 10^9/L$)

Stadium Klinik 4 (*Severe Disease*/Penyakit berat)

- HIV wasting syndrome
- Pneumonia Pneumocystis jiroveci
- Pneumonia Bakterial rekuren
- Herpes simplek kronik (orolabial, genital atau anorektal, lebih dari 1 bulan, adanya visceral di beberapa tempat)
- Esophagus kandidiasis (kandidiasis pada trakea, bronkus atau paru)
- TB ekstrapulmonar
- Sarkoma Kaposi
- Cytomegalovirus

- Toxoplasma pada Sistem Syaraf Pusat
- Ensefalopati HIV
- Kriptokokkus Ekstrapulmoner, termasuk meningitis
- Leukoensefalopati Multifokal Progresif
- Peniciliosis
- Kriptosporidiosis kronik
- Isosporiasis kronik
- Mikosis diseminata (histoplasmosis ekstrapulmoner, kokkidiomikosis)
- Septikemia rekuren (termasuk Non-typoidal salmonella)
- Lymphoma (cerebral atau B-sel. Non-Hodgkin)
- Karsinoma Servikal Invasif

Berbagai gejala AIDS umumnya tidak akan terjadi pada orang-orang yang memiliki sistem kekebalan tubuh yang baik. Kebanyakan kondisi tersebut akibat infeksi oleh bakteri, virus, fungi dan parasit, yang biasanya dikendalikan oleh unsur-unsur sistem kekebalan tubuh yang dirusak HIV. Infeksi oportunistik umum didapati pada penderita AIDS. HIV mempengaruhi hampir semua organ tubuh. Penderita AIDS juga berisiko lebih besar

menderita kanker seperti sarkoma Kaposi, kanker leher rahim, dan kanker sistem kekebalan yang disebut limfoma.

Biasanya penderita AIDS memiliki gejala infeksi sistemik; seperti demam, berkeringat (terutama pada malam hari), pembengkakan kelenjar, kedinginan, merasa lemah, serta penurunan berat badan. Infeksi oportunistik tertentu yang diderita pasien AIDS, juga tergantung pada tingkat kekerapan terjadinya infeksi tersebut di wilayah geografis tempat hidup pasien.

C. Penularan HIV

HIV menular melalui:

1. Cairan genital: cairan genital (sperma, lendir vagina) memiliki jumlah virus yang tinggi dan cukup banyak untuk memungkinkan penularan. Oleh karenanya hubungan seksual yang berisiko dapat menularkan HIV. Semua jenis hubungan seksual misalnya kontak seksual genital, kontak seksual oral dan anal dapat menularkan HIV.

Secara statistik kemungkinan penularan lewat cairan sperma dan vagina berkisar antara 0,1% hingga 1% (jauh dibawah risiko penularan HIV melalui transfusi darah) tetapi lebih dari 90% kasus penularan HIV/AIDS terjadi melalui hubungan seks yang tidak aman. Hubungan seksual secara anal (lewat dubur), paling berisiko menularkan HIV, karena epitel mukosa anus relatif tipis dan lebih mudah terluka dibandingkan epitel dinding vagina, sehingga HIV lebih mudah masuk ke aliran darah.

2. Darah: penularan melalui darah dapat terjadi melalui transfusi darah dan produknya (plasma, trombosis) dan perilaku menyuntik yang tidak aman pada pengguna napza suntik (penasun/IDU). Pada transplantasi organ yang tercemar virus HIV juga dapat menularkan HIV pada penerima donor.
3. Dari ibu ke bayinya: Hal ini terjadi selama dalam kandungan melalui placenta yang terinfeksi, melalui cairan genital saat persalinan dan saat menyusui melalui pemberian ASI. Penularan ini dimungkinkan dari seorang ibu hamil yang HIV positif, dan

melahirkan lewat vagina; kemudian menyusui bayinya dengan ASI. Kemungkinan penularan dari ibu ke bayi (*Mother-to-Child Transmission*) ini berkisar hingga 25-40%%, artinya dari setiap 10 kehamilan dari ibu HIV positif kemungkinan ada 3-4 bayi yang lahir dengan HIV positif.

Penelitian menunjukkan bahwa obat antiretrovirus, bedah caesar, dan pemberian makanan formula mengurangi peluang penularan HIV dari ibu ke anak (*mother-to-child transmission, MTCT*). Jika pemberian makanan pengganti dapat diterima, dapat dikerjakan dengan mudah, terjangkau, berkelanjutan, dan aman, ibu yang terinfeksi HIV disarankan tidak menyusui anak mereka. Namun demikian, jika hal-hal tersebut tidak dapat terpenuhi, pemberian ASI eksklusif disarankan dilakukan selama bulan-bulan pertama dan selanjutnya dihentikan sesegera mungkin.

Pada tahun 2005, sekitar 700.000 anak di bawah umur 15 tahun terkena HIV, terutama melalui

penularan ibu ke anak; 630.000 infeksi di antaranya terjadi di Afrika. Dari semua anak yang diduga kini hidup dengan HIV, 2 juta anak (hampir 90%) tinggal di Afrika Sub Sahara

Cairan tubuh yang tidak menularkan HIV-AIDS:

- Keringat
- Air mata
- Air liur/ludah
- Air kencing/urine

HIV tidak ditularkan melalui cara berikut:

- Bersenggolan.
- Berjabat tangan
- Bersentuhan dengan atau menggunakan pakaian bekas penderita HIV
- Hidup serumah dengan ODHA
- Berciuman biasa
- Makanan atau minuman bersama
- Berenang bersama
- Gigitan nyamuk

- Sabun mandi
- Penggunaan toilet bersama

Apa yang dimaksud dengan perilaku berisiko tertular HIV ?

Perilaku berisiko adalah perilaku individu yang memungkinkan tertular virus HIV.

Perilaku berisiko ini dapat menjadi bagian dari anamnesis terhadap seseorang yang dicurigai menderita HIV-AIDS.

Sejumlah perilaku berisiko yang dimaksud adalah:

- Berganti-ganti pasangan seksual.
- Berganti-ganti (berbagi) jarum suntik dan alat lainnya yang kontak dengan darah dan cairan tubuh dengan orang lain
- Lelaki seks lelaki, wanita penaja seksual langsung atau tidak langsung

D. Pencegahan HIV

Pencegahan HIV dilakukan dengan menggunakan konsep “ABCDE”, yaitu:

- A (Abstinence), artinya Absen seks ataupun tidak melakukan hubungan seks bagi yang belum menikah
- B (Be Faithful), artinya Bersikap saling setia kepada satu pasangan seks (tidak berganti-ganti pasangan);
- C (Condom), artinya Cegah penularan HIV melalui hubungan seksual dengan menggunakan Kondom.
- D (Drug No), artinya Dilarang menggunakan narkoba.
- E (Equipment), artinya pakai alat-alat yang bersih, steril, sekali pakai, tidak bergantian, diantaranya alau cukur dan sebagainya (E dapat juga pemberian Edukasi, pemberian informasi yang benar)

Upaya pencegahan juga dilakukan dengan meningkatkan keterampilan (skill) dan pengetahuan (knowledge) dengan cara atau metode yang sesuai dengan kepercayaan dan budaya masyarakat setempat.

Pencegahan dilakukan kepada kelompok-kelompok masyarakat sesuai dengan perilaku kelompok dan potensi ancaman yang dihadapi. Kegiatan-kegiatan dari pencegahan dalam bentuk penyuluhan, promosi hidup sehat, pendidikan sampai kepada cara menggunakan alat pencegahan yang dikemas sesuai dengan sasaran upaya pencegahan. pencegahan dibedakan berdasarkan kelompok-kelompok sasaran sebagai berikut:

1. Kelompok tertular (*infected people*)

Kelompok tertular adalah mereka yang sudah terinfeksi HIV. Pencegahan ditujukan untuk menghambat lajunya perkembangan HIV, memelihara produktifitas individu dan meningkatkan kualitas hidup.

2. Kelompok berisiko tertular atau rawan tertular (*high-risk people*)

Kelompok berisiko tertular adalah mereka yang berperilaku sedemikian rupa sehingga sangat berisiko untuk tertular HIV. Dalam kelompok ini termasuk penaja seks baik perempuan maupun laki-laki, pelanggan penaja seks, penyalahguna napza suntik dan pasangannya, waria

penjaja seks dan pelanggannya serta lelaki suka lelaki. Karena kekhususannya, narapidana termasuk dalam kelompok ini. Pencegahan untuk kelompok ini ditujukan untuk mengubah perilaku berisiko menjadi perilaku aman.

3. Kelompok rentan (*vulnerable people*)

Kelompok rentan adalah kelompok masyarakat yang karena lingkup pekerjaan, lingkungan, ketahanan dan atau kesejahteraan keluarga yang rendah dan status kesehatan yang labil, sehingga rentan terhadap penularan HIV. Termasuk dalam kelompok rentan adalah orang dengan mobilitas tinggi baik sipil maupun militer, perempuan, remaja, anak jalanan, pengungsi, ibu hamil, penerima transfusi darah dan petugas pelayanan kesehatan. Pencegahan untuk kelompok ini ditujukan agar tidak melakukan kegiatan-kegiatan yang berisiko tertular HIV. (Menghambat menuju kelompok berisiko).

4. Masyarakat Umum (*general population*)

Masyarakat umum adalah mereka yang tidak termasuk dalam ketiga kelompok terdahulu. Pencegahan ditujukan

untuk meningkatkan kewaspadaan, kepedulian dan keterlibatan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di lingkungannya (KPAN, 2007).

Referensi

1. Compac-Female, FK. UNPAD, IBI Provinsi Jawa Barat. Modul Pelatihan Deteksi Dini Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS Pada Perempuan untuk Bidan.
2. Gallant, Joel. 2010. '100 Tanya Jawab Mengenai HIV-AIDS'. PT Indeks Jakarta. Jakarta
3. Kemenkes, 2013. Rencana Aksi Nasional PPIA 2013-2017.
4. _____, 2013. Modul Pelatihan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak. Bagi Petugas Kesehatan.
5. _____, 2012. Pencegahan Penularan HIV dari Ibu Ke Anak (PPIA) edisi ke dua.
6. KPAN. 2011. Menenal dan Menanggulangi HIV AIDS, Infeksi menular Seksual dan Narkoba.

7. Pusdiknakes, Kemenkes RI, 2012. Kurikulum dan Modul Pelatihan Manajemen HIV/AIDS bagi dosen kebidanan dan keperawatan.

BAB 3

PENCEGAHAN PENULARAN HIV DARI IBU KE ANAK (PPIA)

Data Kementerian Kesehatan melaporkan jumlah kasus HIV sampai dengan bulan Juni tahun 2014 sebanyak 15.534 kasus baru HIV dan 6.528 (42%) berjenis kelamin perempuan. Demikian pula usia penderita HIV, Berdasarkan usia, 87,36% penderita HIV tersebut berada pada usia reproduksi aktif (20-49 tahun). Meningkatnya jumlah perempuan dengan HIV mengkhawatirkan karena bila hamil akan menular pada bayi yang dikandungnya. Sampai dengan Juni tahun 2014 sebanyak 136.726 ibu hamil menjalani tes HIV, 6.183 (4,5%) diantaranya terinfeksi HIV.

Hasil pemodelan epidemi HIV tahun 2012 diperkirakan prevalensi HIV pada ibu hamil akan meningkat dari 0,38% (2012) menjadi 0,49% (2016), sehingga kebutuhan terhadap layanan PPIA meningkat dari 13.189 pada tahun 2012 menjadi 16.691 pada tahun 2016. Demikian juga

jumlah anak berusia dibawah 15 tahun yang tertular dari ibunya pada saat dilahirkan ataupun saat menyusui akan meningkat dari 4.361 (2012) menjadi 5.565 (2016), yang berarti terjadi peningkatan angka kematian anak akibat AIDS apabila tidak dilakukan intervensi.

Virus HIV dapat ditularkan dari ibu HIV kepada anaknya selama masa kehamilan, pada saat persalinan atau pada saat menyusui. Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) telah terbukti sebagai intervensi yang sangat efektif untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Di negara maju risiko penularan dari ibu ke anak dapat ditekan hingga kurang dari 2% karena layanan PPIA tersedia dan dilaksanakan secara optimal. Namun di negara berkembang atau negara miskin, dengan minimnya akses terhadap pelayanan, risiko penularan berkisar antara 25%–45% (Kemenkes, 2013). Oleh Karena itu diharapkan dengan pelaksanaan program PPIA secara intensif dan dengan sebaran layanan yang semakin meluas, upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak akan berhasil dengan lebih baik.

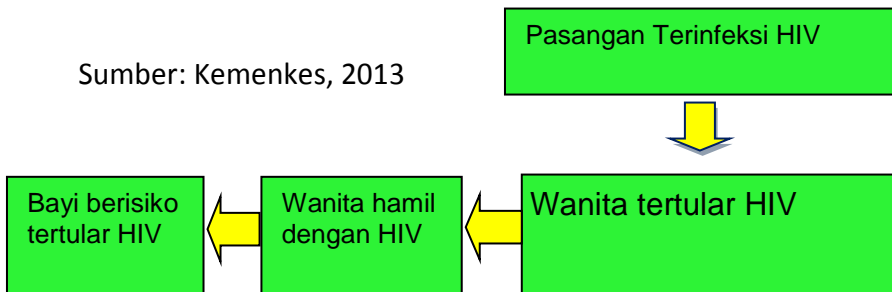
A. Penularan HIV dari ibu ke anak

Penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA) adalah penularan HIV dari ibu yang terinfeksi HIV ke janin dalam kandungan. Cara penularan yang paling dominan melalui hubungan seksual antara laki-laki dan perempuan. Risiko tertinggi adalah penetrasi vaginal atau anal yang tidak terlindung dari individu dari individu yang terinfeksi HIV. Penularan dari darah dapat terjadi jika seorang ibu hamil pernah menerima donor darah yang tidak ditapis dengan cermat untuk pemeriksaan HIV. Penggunaan ulang jarum suntik dan semprit suntikan, penggunaan alat medik lainnya yang dapat menembuh kulit/jaringan tubuh, juga pada pengguna napza suntik (penasun). Pajanan HIV dapat juga terjadi pada proses transplantasi jaringan/organ.

Bagan 3.1

Penularan HIV kepada Perempuan dan Anak

Sumber: Kemenkes, 2013



Lebih dari 90% anak yang terinfeksi HIV didapat dari ibunya. Virus dapat ditularkan dari ibu yang terinfeksi HIV kepada anaknya selama hamil, saat persalinan dan menyusui. Tanpa pengobatan yang tepat dan dini, 50% dari anak yang terinfeksi tersebut akan meninggal sebelum usia 2 tahun.

Faktor utama yang berperan dalam penularan HIV dari ibu ke anak adalah faktor ibu, bayi/anak dan tindakan obstetrik.

Tabel 3.1.

Faktor yang berperan dalam penularan HIV dari ibu ke bayi

FAKTOR IBU	FAKTOR BAYI	FAKTOR OBSTETRIK
<ul style="list-style-type: none"> • Kadar HIV tinggi • Kadar CD4 rendah • Status gizi saat hamil rendah • Penyakit infeksi saat hamil • Infeksi pada payudara 	<ul style="list-style-type: none"> • Prematuritas dan BBLR • Lama Menyusui • Luka di mulut bayi 	<ul style="list-style-type: none"> • Jenis persalinan • Lama persalinan • Adanya ketuban pecah dini • Tindakan episiotomi, ekstraksi vakum dan forseps

Sumber: Kemenkes, 2012

Tabel 3.2

Waktu dan Risiko Penularan HIV dari ibu ke anak

WAKTU	RISIKO
Selama hamil	5% – 10%
Masa Persalinan	10% - 20%
Masa Menyusui (ASI)	5% - 15%
Risiko penularan keseluruhan	20% - 45%

Sumber: Kemenkes, 2012

B. Pencegahan Penularan HIV dari ibu ke anak

Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) adalah upaya yang ditujukan untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak yang dilakukan secara terintegrasi dan komprehensif dengan program-program lainnya yang berkaitan dengan pengendalian HIV-AIDS.

Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi bertujuan untuk:

1. Mencegah Penularan HIV dari Ibu ke Bayi.

Sebagian besar (90%) infeksi HIV pada bayi dikarenakan tertular dari ibunya. Infeksi yang ditularkan dari ibu ini kelak akan mengganggu kesehatan anak.

2. Mengurangi dampak epidemi HIV terhadap Ibu dan Bayi

Dampak akhir dari epidemi HIV berupa berkurangnya produktifitas dan peningkatan beban biaya hidup yang harus ditanggung oleh ODHA dan masyarakat Indonesia di masa mendatang karena morbiditas dan mortalitas terhadap ibu dan bayi.

Sasaran program PPIA, meliputi:

- Perempuan usia reproduktif (15-49 tahun), termasuk remaja dan populasi risti (risiko tinggi)
- Perempuan HIV dan pasangannya
- Perempuan HIV yang hamil dan pasangannya
- Perempuan HIV, anak dan keluarganya.

Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) atau *Prevention of Mother to child transmission* (PMTCT) merupakan bagian dari rangkaian upaya pengendalian HIV-AIDS. Upaya untuk mencegah terjadinya penularan HIV dari ibu ke bayi-anak dilaksanakan secara komprehensif. Menurut WHO terdapat **4 (empat)**

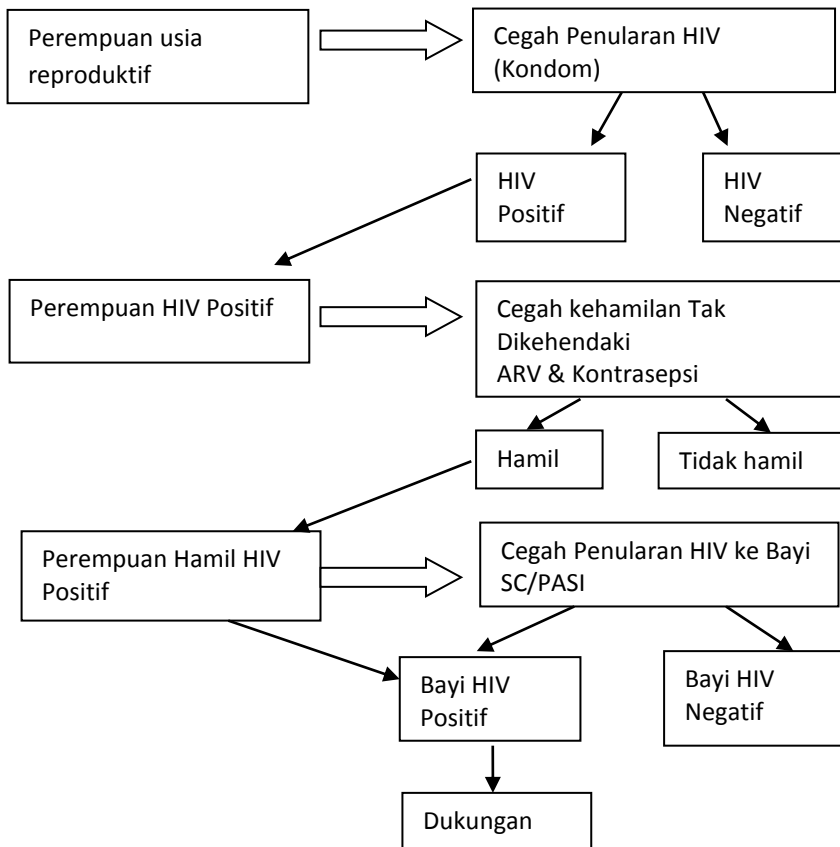
Komponen /prong yang perlu diupayakan untuk mencegah terjadinya penularan HIV dari ibu ke bayi, meliputi:

- a. Mencegah terjadinya penularan HIV pada perempuan usia reproduksi
- b. Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan pada ibu HIV positif
- c. Mencegah terjadinya penularan HIV dari ibu hamil HIV positif ke bayi yang dikandungnya
- d. Memberikan dukungan psikologis, sosial dan perawatan kepada ibu HIV positif beserta bayi dan keluarganya.

Secara komprehensif bagan alur PPIA dapat dilihat pada bagan 3.2 dibawah ini:

Bagan 3.2

Alur Kegiatan PPIA Komprehensif



Sumber: Pusdiknakes Kemenkes, 2012

Prong 1. Mencegah terjadinya penularan HIV pada perempuan usia reproduksi

Langkah dini yang paling efektif untuk mencegah terjadinya penularan HIV pada bayi adalah dengan mencegah perempuan usia reproduksi tertular HIV. Komponen ini dapat juga dinamakan pencegahan primer (*Primary prevention*). Pendekatan pencegahan primer bertujuan untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi secara dini, bahkan sebelum terjadinya hubungan seksual. Artinya mencegah perempuan muda diusia reproduksi, ibu hamil dan pasangannya, agar tidak terinfeksi HIV. Dengan mencegah infeksi HIV pada perempuan usia reproduksi dan ibu hamil, maka bisa dijamin pencegahan penularan HIV ke bayi.

Beberapa kegiatan yang dapat dilakukan pada pencegahan primer (Prong 1):

- Promosi hubungan seksual yang bertanggung jawab dan aman
- Menyediakan akses kondom
- Menyediakan pelayanan untuk diagnosis dini dan pengobatan infeksi menular seksual

- Membuat tes HIV dan konseling tersedia luas
- Menyediakan konseling untuk perempuan HIV negative

Prong 2. Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan pada ibu HIV positif

Pada dasarnya perempuan dengan HIV+ tidak disarankan untuk hamil. Pemberian alat kontrasepsi yang aman dan efektif serta konseling yang berkualitas akan membantu ODHA dalam melakukan seks yang aman, mempertimbangkan jumlah anak yang dilahirkannya, serta menghindari lahirnya anak yang terinfeksi HIV.

Untuk mencegah kehamilan pada perempuan dengan status HIV maka kegiatan yang utama adalah menyediakan pelayanan keluarga berencana yang efektif, promosi alat kontrasepsi yang aman dan efektif serta promosi hubungan seksual yang aman.

Alat kontrasepsi yang dianjurkan adalah sama seperti ibu HIV negatif, namun pemilihan jenis kontrasepsinya

disesuaikan dengan kondisi klinis ibu. Kontrasepsi oral dan kontrasepsi hormon jangka panjang (suntik dan implan) bukan kontraindikasi pada ODHA. Pemakaian AKDR tidak dianjurkan untuk perempuan yang sering berganti pasangan seksual, karena bisa menyebabkan infeksi radang panggul. Spons dan diafragma kurang efektif untuk mencegah terjadinya kehamilan maupun penularan HIV.

Program KB yang paling efektif untuk perempuan HIV positif adalah dengan menggunakan satu jenis kontrasepsi mantap untuk mencegah kehamilannya ditambah dengan penggunaan kondom sebagai alat pencegahan penularan HIV. Jika ibu HIV positif tetap ingin memiliki anak, Kementerian Kesehatan menganjurkan jarak antar kelahiran minimal 2 tahun. Semua penggunaan alat kontrasepsi harus tetap disertai dengan pemakaian kondom sebagai alat pencegahan penularan HIV. Kondom sendiri tidak disarankan sebagai alat kontrasepsi.

Prong 3. Mencegah terjadinya penularan HIV dari ibu hamil HIV positif ke bayi yang dikandungnya

Komponen (Prong) ke 3 ini merupakan inti dari pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi, meliputi:

- Layanan ANC terpadu termasuk penawaran dan tes HIV
- Diagnosis HIV
- Pemberian terapi Antiretroviral
- Persalinan yang aman
- Tatalaksana pemberian makanan bagi bayi dan anak
- Menunda dan mengatur kehamilan
- Pemberian profilaksis ARV dan kotrimoksazol pada anak
- Pemeriksaan diagnostik pada anak

(Kemenkes, 2013)

Prong 4. Memberikan dukungan psikologis, sosial dan perawatan kepada ibu HIV positif beserta bayi dan keluarganya

Upaya PPIA tidak berhenti setelah ibu melahirkan. fokus prong 4 adalah penyediaan pengobatan, perawatan dan

dukungan kepada perempuan. Selain itu juga menyediakan diagnosis awal, perawatan dan dukungan kepada bayi dan anak yang terinfeksi HIV serta penyediaan layanan berbasis komunitas dalam memberikan pelayanan keluarga yang menyeluruh.

Dukungan psikologis, sosial dan perawatan sepanjang waktu termasuk pelayanan untuk kontrasepsi dan ARV seumur hidup sangat dibutuhkan oleh ibu. Jika bayi dari ibu tersebut tidak terinfeksi HIV, tetap perlu dipikirkan tentang masa depannya, karena kemungkinan tidak lama lagi akan menjadi yatim dan piatu. Sedangkan bila bayi terinfeksi HIV, perlu mendapatkan pengobatan ARV seperti ODHA lainnya.

Dengan dukungan psikososial yang baik, ibu HIV positif akan bersikap optimis dan bersemangat mengisi kehidupannya. Diharapkan ia akan bertindak bijak dan positif untuk senantiasa menjaga kesehatan diri dan anaknya, dan berperilaku sehat agar tidak terjadi penularan HIV dari dirinya ke orang lain.

Informasi tentang adanya layanan dukungan psikososial untuk ODHA ini perlu diketahui masyarakat luas. Diharapkan informasi ini bisa meningkatkan minat mereka yang merasa berisiko tertular HIV untuk mengikuti konseling dan tes HIV agar mengetahui status HIV mereka sedini mungkin.

Adapun peran bidan sebagai sahabat perempuan adalah:

- Meningkatkan pemahaman ibu hamil dan pasangan tentang HIV dan AIDS
- Aktif memberikan konseling tentang pengetahuan dasar HIV pada masyarakat.
- Melakukan tindakan kewaspadaan universal dengan tehnik pencegahan infeksi yang baik
- Membantu pemerintah dalam penyediaan layanan kesehatan yang terkait dengan HIV dan AIDS.

C. Tatalaksana ibu hamil dengan HIV

Ibu hamil dengan HIV memiliki risiko penularan baik selama proses kehamilan, persalinan, maupun menyusui. Namun risiko terbesar adalah pada saat persalinan.

Beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko penularan HIV dari ibu ke anak selama persalinan adalah:

1. Kadar HIV (viral load)

Kadar HIV (viral load) yang tinggi mempengaruhi risiko penularan HIV dari ibu ke anak pada saat menjelang ataupun saat persalinan.

2. Tindakan obstetrik

- a. Jenis persalinan; Risiko penularan pada persalinan per vaginam lebih besar daripada persalinan seksio sesaria;
- b. Lama persalinan; Semakin lama proses persalinan berlangsung, risiko penularan HIV dari ibu ke anak juga semakin tinggi, karena semakin lama terjadinya kontak antara bayi dengan darah dan lendir ibu.
- c. Ketuban pecah lebih dari 4 jam sebelum persalinan meningkatkan risiko penularan hingga dua kali lipat dibandingkan jika ketuban pecah kurang dari 4 jam;
- d. Tindakan episiotomi, ekstraksi vakum, ekstraksi forsep meningkatkan risiko penularan HIV

Untuk mencegah terjadinya penularan HIV ke janin/bayi, perlu diperhatikan:

1. Turunkan kadar viral load serendah-rendahnya, dengan cara:
 - Deteksi sedini mungkin
 - Pemberian ARV
 - Hidup sehat
2. Pemilihan metode persalinan tergantung:
 - Terapi ARV teratur dan disiplin lebih dari 6 bulan atau Viral load
 - Status obstetri ibu

Oleh karena itulah diperlukan penatalaksanaan yang tepat pada ibu hamil dengan HIV. Tujuan penatalaksanaan ibu hamil dengan HIV adalah menekan jumlah virus melalui pemberian Anti Retroviral (ARV). Secara umum tujuan pemberian ARV:

- Mengurangi laju penularan HIV di masyarakat
- Menurunkan angka kesakitan dan kematian yang berhubungan dengan HIV
- Memperbaiki kualitas hidup ODHA

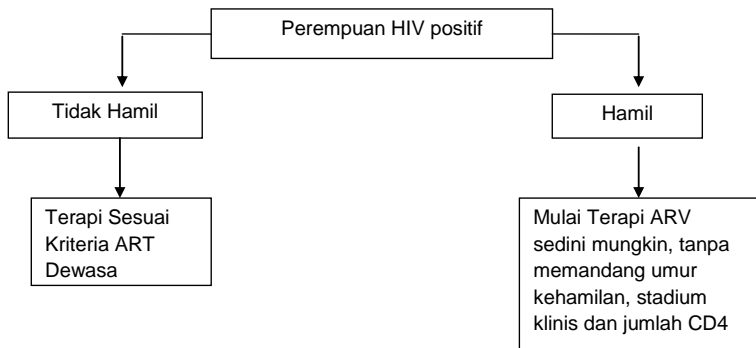
- Memulihkan dan memelihara fungsi kekebalan tubuh
- Menekan replikasi virus secara maksimal. Cara yang paling efektif untuk menekan replikasi HIV adalah dengan memulai pengobatan dengan kombinasi ARV yang efektif. Terapi kombinasi ARV harus menggunakan dosis dan jadwal yang tepat, obat harus diminum terus menerus secara teratur, disamping itu diperlukan peran serta aktif pasien dan pendamping/keluarga dalam kepatuhan minum ARV.

Memulai terapi ARV perlu mempertimbangkan hal-hal berikut:

1. Pemberian ARV pada Ibu hamil HIV (+) diberikan sedini mungkin tanpa menunggu 14 minggu (kesepakatan Panel ahli tahun 2013).
2. Bila terdapat infeksi oportunistik, maka obati terlebih dahulu infeksi oportunistiknya.
3. Persiapkan klien/pasien secara fisik dan mental untuk menjalani terapi (dilakukan dengan konseling pra ART)

Alur pemberian terapi ARV pada ibu hamil, terlihat pada bagan 3 sebagai berikut:

Bagan 3.3



Bagan . Alur pemberian terapi antiretroviral pada ibu hamil (sesuai Kesepakatan Panel Ahli tahun 2013)

Sumber: Kemenkes, 2013

Pemberian antiretroviral pada ibu hamil dengan berbagai situasi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 33.

Pemberian ARV Pada Berbagai Situasi

No.	Situasi Klinis	Rekomendasi Pengobatan (untuk Ibu)
1	ODHA dengan indikasi ART dan kemungkinan hamil atau sedang hamil	AZT + 3TC + NVP , atau TDF + 3TC(or FTC) + NVP AZT + 3TC + EVF, atau TDF + 3TC(or FTC) + EVF
2	ODHA sedang menggunakan ART dan kemudian hamil	Lanjutkan dgn ARV yg sama selama dan sesudah persalinan
3	ODHA hamil .	segera mulai terapi ARV sedini mungkin tanpa memandang usia kehamilan, stadium klinis dan jumlah CD4. Paduan sesuai dengan butir 1
5	ODHA hamil dengan tuberkulosis aktif	OAT yg sesuai tetap diberikan <i>Paduan untuk ibu</i> Bila pengobatan mulai trimester II dan III: AZT (d4T) + 3TC + EFV
6	Bumil dalam masa persalinan dan tidak diketahui status HIV	Tawarkan tes dalam masa persalinan; atau tes setelah persalinan. Jika hasil tes reaktif maka dapat diberikan : Paduan pada butir 1
7	ODHA datang pada masa persalinan dan belum mendapat ART	Paduan pada butir 1

Sumber: Kemenkes, 2013

Bayi yang lahir dari ibu dengan HIV diberikan AZT selama 6 minggu dengan dosis 4 mg/kg BB per 12 jam.

Keterangan :

AZT/ZDV: zidovudin 3TC: lamivudin

NVP: nevirapin EFV: efavirens TDF: Tenovofir

Pilihan persalinan aman diputuskan oleh ibu setelah mendapat konseling lengkap tentang pilihan persalinan, risiko penularan, dan berdasarkan penilaian dari tenaga kesehatan. Pilihan persalinan meliputi persalinan pervaginam dan per abdomenam (bedah sesar atau seksio sesarea)

Tabel 3.4

Pilihan Persalinan

PERSALINAN PER VAGINAM	PERSALINAN PER ABDOMINAM
<p>Syarat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian ARV mulai pada ≤ 14 minggu (ART > 6 bulan); atau • Viral Load < 1.000 kopi/μL 	<p>Syarat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ada indikasi obstetrik; dan • Viral Load > 1.000 kopi/μL atau • Pemberian ARV dimulai pada usia kehamilan > 36 minggu

Sumber: Kemenkes, 2012

Persalinan pervaginam dimungkinkan apabila:

- Kadar Viral Load tidak terdeteksi/undetectable dan atau;
- Menerima ARV teratur sesuai prosedur minimal 6 bulan.

Keuntungan dan kerugian metode persalinan pervaginam dan seksio sesaria dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.5

Metode persalinan	Keuntungan	Kerugian
Pervaginam Syarat: 1. Pemberian ARV \geq 6 bulan 2. Viral load $<$ 1000 kopi/mm ³	1. Mudah dilakukan di sarana kesehatan yang terbatas. 2. Masa pemulihan pasca persalinan singkat 3. Biaya rendah	1. Risiko penularan pada bayi relatif tinggi 10-20% (kecuali ibu telah minum ARV teratur dan kadar <i>viral load</i> tidak terdeteksi).
Seksio Sesarea Elektif (Bedah sesar terencana)	1. Risiko penularan yang rendah (2-4%), atau dapat mengurangi resiko penularan sampai 50-66% 2. Terencana	1. Lama perawatan bagi ibu lebih panjang. 2. Perlu sarana dan fasilitas pendukung yang lebih memadai 3. Risiko komplikasi selama operasi dan pasca operasi lebih tinggi dibanding persalinan per vaginam 4. Terdapat risiko komplikasi anestesi 5. Biaya lebih mahal.

Sumber: Kemenkes, 2013

Beberapa hasil penelitian menyimpulkan bahwa bedah seksio sesaria akan mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke bayi hingga sebesar 2%-4%, namun perlu mempertimbangkan faktor keamanan ibu pasca bedah sesar, ketersediaan dan jangkauan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan melakukan bedah sesar serta biaya bedah sesar. Dengan demikian, untuk

memberikan layanan persalinan yang optimal kepada ibu hamil dengan HIV direkomendasikan pada kondisi berikut:

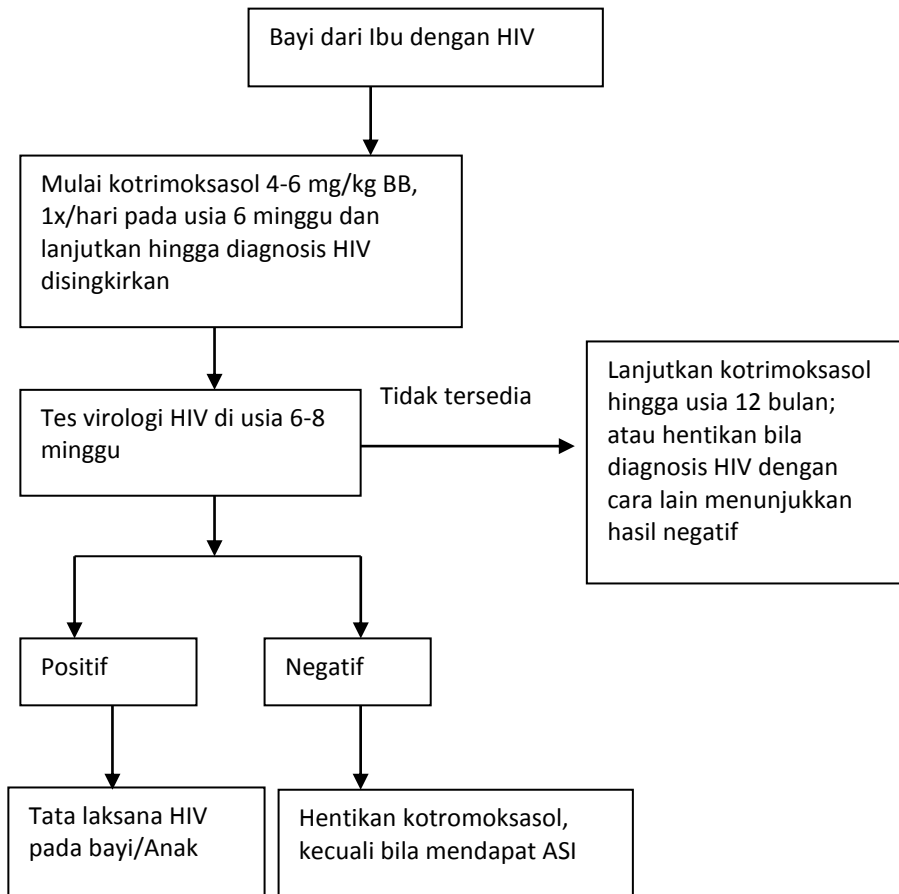
- Pelaksanaan persalinan, harus memperhatikan kondisi fisik dan indikasi obstetrik
- Ibu hamil harus mendapat konseling
- Tindakan menolong persalinan ibu hamil, baik persalinan pervaginam maupun bedah sesar harus selalu menerapkan kewaspadaan standar.

D. Tatalaksana bayi dengan ibu HIV

Aspek penting dalam penatalaksanaan bayi dengan ibu HIV adalah pencegahan penularan dari ibu ke anak. Pencegahan penularan HIV pada bayi dari ibu yang positif HIV dilakukan segera setelah ibu terdiagnosis HIV pada saat hamil, oleh karena itu pemberian kotrimoksazol diberikan sejak bayi lahir pada usia 6 minggu. Tata cara pemberian kotrimoksazol pada bayi dapat dilihat pada bagan 3.4.

Bagan 3.4

Pemberian Kotrimoksazol pada Bayi dari ibu dengan HIV



Sumber: Kemenkes, 2013

Menurut WHO, risiko penularan HIV pada bayi dari ibu dengan HIV positif melalui laktasi adalah sebesar 5-15%. Dilain pihak, ASI merupakan sumber nutrisi terbaik bagi bayi baru lahir. Untuk itu, diperlukan perencanaan yang tepat mengenai pemberian makanan pada bayi yang lahir dari ibu dengan HIV positif.

Tabel 3.6.

Perbandingan risiko penularan HIV dari ibu ke anak pada pemberian ASI Eksklusif, susu formula, dan *mixed feeding*

ASI Eksklusif	Susu Formula	<i>Mixed Feeding</i>
5% – 15%	0%	24,1%

Sumber: Kemenkes, 2012

Pada bayi yang belum diketahui status HIV-nya, maka pemberian nutrisi bayi sebagai berikut:

1. Pemilihan makanan bayi harus didahului konseling terkait risiko penularan HIV sejak sebelum persalinan.
2. Pengambilan keputusan dapat dilakukan oleh ibu/keluarga setelah mendapat informasi dan konseling secara lengkap. Pilihan apapun yang diambil seorang ibu harus didukung.

3. Pilihan yang diambil haruslah antara ASI saja atau susu formula saja.
4. Sangat tidak dianjurkan untuk mencampur ASI dengan susu formula, karena memiliki risiko tertinggi untuk terjadinya penularan virus HIV kepada bayi. Hal ini dikarenakan susu formula adalah benda asing yang dapat menimbulkan perubahan mukosa dinding usus yang mempermudah masuknya virus HIV yang ada dalam ASI ke aliran darah bayi.
5. Ibu dengan HIV diperbolehkan memberikan susu formula bagi bayinya yang HIV- atau tidak diketahui status HIVnya, jika **SELURUH** syarat **AFASS (Affordable/terjangkau, Feasible/mampu laksana, Acceptable/dapat diterima, Sustainable/berkesinambungan dan Safe/Aman)** dapat dipenuhi.

Pemenuhan syarat AFASS ditandai dengan adanya:

- Rumah tangga dan masyarakatnya memiliki jaminan atas akses air bersih dan sanitasi yang baik

- Ibu (atau pengasuh) sepenuhnya mampu menyediakan susu formula secara cukup /adekuat untuk mendukung tumbuh kembang anak
- Ibu (atau pengasuh) mampu menyiapkan susu formula dengan bersih dan dengan frekuensi yang cukup, sehingga aman dan terhindar dari diare dan malnutrisi
- Ibu (atau pengasuh) dapat memenuhi kebutuhan susu formula secara eksklusif/terus-menerus sampai bayi berusia 6 bulan
- Keluarga mampu memberikan dukungan dalam proses pemberian susu formula yang baik; dan
- Ibu (atau pengasuh) dapat mengakses pelayanan kesehatan yang komprehensif bagi bayinya.

Bila syarat-syarat pada butir 5 terpenuhi maka ASI dihentikan dan diberikan susu formula dengan cara penyiapan yang baik

6. Untuk melakukan penghentian ASI, (setelah syarat pada butir 5 terpenuhi) bayi dapat segera beralih secara total ke susu formula (sehingga tidak mixed

feeding). Untuk menghindari terjadinya mastitis pada payudara ibu, ASI diperah dengan frekuensi perah yang dikurangi secara bertahap hingga produksi ASI berhenti, namun ASI perah tidak diberikan kepada bayi.

7. Apabila setelah bayi berusia 6 bulan syarat-syarat pada butir 5 belum dapat terpenuhi maka ASI tetap dapat diberikan dengan cara diperah dan dipanaskan (heat-treated) dan diberikan dengan menggunakan gelas kaca atau gelas/botol plastik nomor 5 (PP/Polypropilen), dan bayi mendapat makanan pendamping. Pada usia 12 bulan ASI harus dihentikan dan bayi mendapat makanan keluarga sebagai sumber nutrisi utama.

Jika bayi telah diketahui HIV positif

- Ibu sangat dianjurkan untuk memberikan ASI eksklusif sampai bayi berumur 6 bulan
- Setelah berumur 6 bulan, bayi diberikan MP-ASI dan ASI tetap dilanjutkan sampai anak berumur 2 tahun

Pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi, tidak saja pada pemberian nutrisi pada anak namun juga pentingnya pemberian profilaksis ARV dan kotrimoksazol pada anak.

E. Stigma, Diskriminasi dan Dukungan Sosial

1. Stigma

Stigma: ciri negatif yang menempel pada pribadi seseorang karena pengaruh lingkungannya. (Ref. Kamus Besar Bahasa Indonesia dalam Kemenkes, 2013). Stigma adalah tindakan memberikan label sosial yang bertujuan untuk memisahkan atau mendiskreditkan seseorang atau sekelompok orang dengan cap atau pandangan buruk. Dalam prakteknya, stigma mengakibatkan tindakan diskriminasi, yaitu tindakan tidak mengakui atau tidak mengupayakan pemenuhan hak-hak dasar individu atau kelompok sebagaimana selayaknya sebagai manusia yang bermartabat.

Stigma dan diskriminasi terjadi karena adanya persepsi bahwa mereka dianggap sebagai “musuh”, “penyakit”, “elemen masyarakat yang memalukan”, atau “mereka yang tidak taat terhadap norma masyarakat dan agama

yang berlaku”. Implikasi dari stigma dan diskriminasi bukan hanya pada diri orang atau kelompok tertentu tetapi juga pada keluarga dan pihak-pihak yang terkait dengan kehidupan mereka.

Penyebab Stigma

- Kurangnya pengetahuan, kesalah fahaman dan ketakutan
- Penilaian moral tentang orang lain (terkait dengan nilai dan norma yang berlaku)
- Ketakutan akan kematian
- Kurangnya pengenalan/pemahaman akan stigma

2. Diskriminasi

UNAIDS mendefinisikan stigma dan diskriminasi terkait dengan HIV sebagai ciri negatif yang diberikan pada seseorang sehingga menyebabkan tindakan yang tidak wajar dan tidak adil terhadap orang tersebut berdasarkan status HIV-nya.

Contoh-contoh diskriminasi meliputi:

- Keluarga yang tega mengusir anaknya karena menganggapnya sebagai aib.
- Rumah sakit dan tenaga kesehatan yang menolak untuk menerima ODHA atau menempatkan ODHA di kamar tersendiri karena takut tertular.
- Atasan yang memberhentikan pegawainya berdasarkan status HIV mereka.
- Keluarga/masyarakat yang menolak ODHA.
- Mengkarantina ODHA karena menganggap bahwa HIV-AIDS adalah penyakit kutukan atau hukuman Tuhan bagi orang yang berbuat dosa.
- Sekolah tidak mau menerima anak dengan HIV karena takut murid lain akan ketakutan.
- Odha mengalami masalah dalam mengurus asuransi kesehatan.
- Istri dan anak-anak dari seorang laki-laki yang meninggal baru-baru ini akibat AIDS diasingkan dari rumah keluarga suaminya atau desa mereka setelah kematian suaminya.
- Perempuan yang memutuskan untuk tidak menyusui

anaknya dianggap mengidap HIV dan diasingkan oleh masyarakat

3. Dukungan sosial

Dukungan psikososial didapatkan dari pasangan, keluarga, kelompok sebaya, kelompok dukungan, masyarakat, LSM, tenaga kesehatan, atau pemerintah. Masalah sosial yang biasa dihadapi oleh ibu HIV positif adalah serupa dengan yang dihadapi oleh ODHA pada umumnya, yaitu stigma dan diskriminasi, depresi, pengucilan dari lingkungan sosial dan keluarga, masalah dalam pekerjaan dan ekonomi, serta masalah dalam pengasuhan anak.

Dukungan psikologis dapat membantu mengurangi stress dan depresi, meningkatkan semangat hidup, dan meningkatkan kepatuhan berobat. Sementara dukungan sosial akan mengurangi diskriminasi oleh lingkungan, meringankan kebutuhan hidup, dan memberikan akses terhadap pelayanan kesehatan.

a. Tingkat Nasional

Kegiatan tingkat nasional yang terkait dengan HIV/AIDS, PPIA dan praktek layanan kesehatan diantaranya dapat berbentuk:

- Perlindungan hukum, untuk melindungi hak dari ODHA, hak perempuan di layanan kesehatan, pendidikan, dan kepegawaian.
- Kebijakan anti diskriminasi pada tingkat administrasi, budget dan pengadilan.
- Penyediaan obat-obatan seperti obat antiretroviral, obat untuk infeksi oportunistik dan lainnya.

b. Tingkat Masyarakat

- Meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai intervensi PPIA.
- Menyediakan pendidikan dan pelatihan HIV/AIDS pada anggota dari masyarakat, khususnya pemimpin yang berperan dalam opini publik, peraji/dukun bersalin, staf perawatan kesehatan pemimpin agama, dan manajer di industri swasta.
- Mengembangkan dan melaksanakan program-

program pelatihan untuk ODHA untuk membantu mereka menganjurkan hak-hak mereka dan mengambil peranan aktif dalam perawatan kesehatan mereka sendiri.

c. Tingkat program PPIA

Layanan PPIA harus bergabung ke dalam dan dibantu oleh masyarakat setempat, mengintegrasikan intervensi PPIA dalam layanan antenatal (ANC, sebelum melahirkan dan antenatal (ANC) untuk semua perempuan. Setelah menjalani tes HIV sukarela dan pendidikan untuk semua peserta klinik, berdasarkan dari penerimaan mereka akan resiko HIV.

Referensi

1. Compac-Female, FK. UNPAD, IBI Provinsi Jawa Barat. Modul Pelatihan Deteksi Dini Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS Pada Perempuan untuk Bidan.
2. Gallant, Joel. 2010. '100 Tanya Jawab Mengenai HIV-AIDS'. PT Indeks Jakarta. Jakarta

3. Kemenkes, 2013. Rencana Aksi Nasional PPIA 2013-2017.
4. _____, 2012. Pencegahan Penularan HIV dari Ibu Ke Anak (PPIA) edisi ke dua.
5. KPAN. 2011. Mengenal dan Menanggulangi HIV/AIDS, Infeksi menular Seksual dan Narkoba.
6. Pusdiknakes, Kemenkes RI, 2012. Kurikulum dan Modul Pelatihan Manajemen HIV/AIDS bagi dosen kebidanan dan keperawatan.

BAB IV

DETEKSI DINI RISIKO HIV

PADA IBU HAMIL dan PASANGAN

SERTA TIPK (TES HIV ATAS INISIATIF

PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN)

Sejak awal epidemi, hampir 75 juta orang telah terinfeksi virus HIV dan sekitar 36 juta orang telah meninggal karena HIV. Secara global, pada akhir 2012 sebanyak 35,3 juta [32,2-38,8 juta] orang hidup dengan HIV. Diperkirakan 0,8% dari orang dewasa berusia 15-49 tahun di seluruh dunia hidup dengan HIV, meskipun beban epidemi terus bervariasi antar negara dan wilayah. Sub-Sahara Afrika tetap terkena dampak paling parah, dengan hampir 1 dari setiap 20 orang dewasa yang hidup dengan HIV. Kematian karena AIDS juga meningkat, pada akhir tahun 2012 sebanyak 1,6 juta orang meninggal karena AIDS (WHO, 2014).

Sebagian besar orang tidak mengetahui bahwa dirinya terinfeksi HIV. Oleh karena itu diperlukan upaya deteksi

dini untuk mengetahui status HIV. Diagnosis dini dapat mengurangi penyebaran virus HIV, mempermudah pengobatan dan meningkatkan harapan hidup agar tidak sampai AIDS.

A. Deteksi Dini Risiko HIV

Deteksi dini merupakan suatu usaha yang dilakukan dengan pemeriksaan tertentu atau prosedur tertentu yang secara tepat dapat membedakan orang yang terlihat sehat tetapi mempunyai kemungkinan sakit dan orang yang betul-betul sehat. Deteksi dini juga diartikan sebagai upaya awal untuk mengenali atau menandai suatu gejala atau ciri-ciri yang ada pada individu terkait adanya perilaku berisiko HIV.

Deteksi dini bertujuan untuk mendapatkan informasi atau data-data mengenai situasi dan kondisi perilaku berisiko HIV. Dengan demikian individu yang berisiko bisa dianjurkan untuk dilakukan tes HIV sehingga dapat dilakukan pengobatan secara dini.

Deteksi dini HIV pada ibu hamil dan pasangannya dilakukan dengan beberapa tahap yaitu:

1. Anamnesa perilaku berisiko.

Hal ini bertujuan untuk menjaring faktor risiko (perilaku berisiko) yang ada baik pada ibu hamil dan pasangannya. Perilaku berisiko adalah setiap perilaku atau tindakan yang meningkatkan kemungkinan seseorang tertular atau menularkan penyakit HIV.

Beberapa contoh perilaku berisiko dalam konteks HIV termasuk melakukan hubungan seks tanpa kondom, terutama dengan berganti-ganti pasangan, dan pengguna narkoba suntik (penasun). Penggunaan alkohol juga telah dikaitkan dengan perilaku berisiko karena efeknya pada kemampuan individu untuk membuat keputusan dan melakukan seks yang aman.

Selain itu anamnesa juga dilakukan untuk menggali risiko penularan HIV lewat pekerjaan suami, transfusi darah, perawatan gigi, keluhan pada alat kelamin dan mengalami IMS.

Anamnesa tentang perilaku berisiko HIV dapat membantu tenaga kesehatan untuk menetapkan pemeriksaan lanjutan. Pada sumber daya terbatas, seperti keterbatasan ketersediaan pemeriksaan diagnostik HIV/*rapid test*, maka penetapan skala prioritas dari hasil anamnesa menjadi penting.

2. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan mengacu pada hasil anamnesa. Seperti ada tidaknya indikasi IMS.

3. Pemeriksaan diagnostik

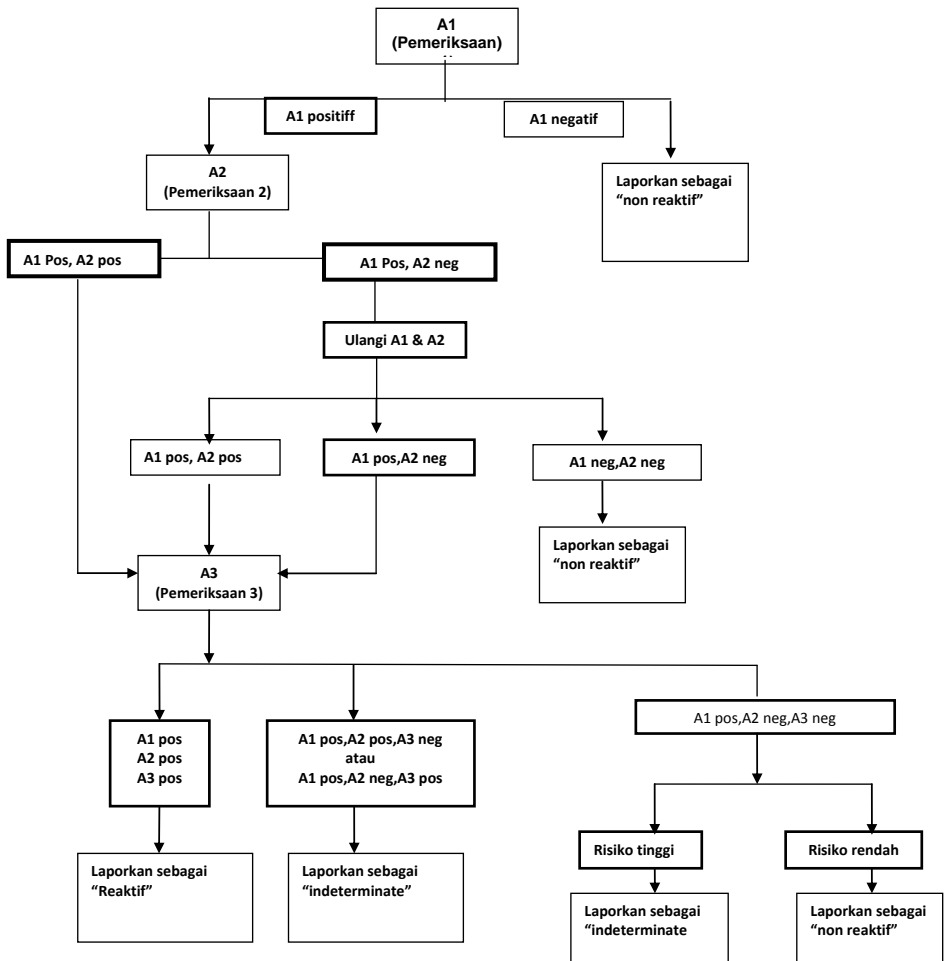
Pemeriksaan ini dilakukan setelah mempertimbangkan hasil anamnesa dan pemeriksaan fisik (jika diperlukan). Jika terdapat minimal perilaku berisiko, maka ibu dan pasangan dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan ini.

Pemeriksaan diagnostik yang dimaksud adalah tes HIV. Dalam hal ini Ibu hamil dan pasangan diberikan konseling terlebih dahulu dan diminta kesediaannya untuk dilakukan pemeriksaan HIV. Di Indonesia diagnosis HIV menggunakan strategi 3, karena prevalensi HIV dibawah

10 %, maka digunakan tiga jenis reagen yang berbeda sensitivitas dan spesifisitas dan preparasi antigen yang berbeda. Alur Tes HIV dapat dilihat pada bagan 1 berikut:

Bagan 4.1

Alur Tes HIV



Keterangan:

A1, A2 dan A3 merupakan jenis pemeriksaan antibodi HIV dengan prinsip tes yang berbeda. Tes laboratorium dilakukan sesuai kemampuan dan kriteria laboratorium. Kemampuan laboratorium menyangkut sumber daya manusia, sarana, prasarana termasuk peralatan laboratorium, bahan dan reagen.

Sumber: Kemenkes, 2013

Cara pelaporan hasil:

- a. Pada laporan hasil pemeriksaan anti-HIV dituliskan hasil pemeriksaan tiap-tiap tahap pemeriksaan (tes 1, tes 2 dan tes 3), diikuti dengan kesimpulan akhir pemeriksaan yaitu “reaktif”, “non-reaktif atau “indeterminate”.
- b. Bila hasil pemeriksaan pertama “non-reaktif”, maka pada tes kedua dan ketiga dituliskan “tidak dikerjakan”, diikuti dengan kesimpulan akhir sebagai “non-reaktif”.
- c. Kesimpulan akhir pemeriksaan sebaiknya dituliskan sebagai “reaktif” dan “non-reaktif” sebagai pengganti istilah “positif” dan “negatif”.

Hasil uji positif (disebut reaktif) dan uji negatif (disebut non reaktif) atau indeterminate untuk diagnosis

menggunakan strategi III (lihat bagan pemeriksaan di atas):

1. Hasil Reaktif

Apabila pada hasil pemeriksaan pertama reaktif, dilanjutkan kedua reaktif dan dilanjutkan ketiga tetap reaktif, atau melewati hasil indeterminate namun hasil akhir adalah reaktif

2. Hasil Non reaktif

Apabila pada hasil pemeriksaan pertama non reaktif, atau hasil pemeriksaan pertama reaktif, lanjutan hasil menjadi indeterminate dengan hasil akhir non reaktif

3. Hasil Indeterminate (tidak dapat ditentukan)

Apabila pada pemeriksaan dengan strategi III, dijumpai hasil reaktif dan non reaktif bisa berupa dua kali reaktif atau dua kali non reaktif.

Bila hasil indeterminate, pemeriksaan harus diulang dengan spesimen baru setelah 2 minggu, 1 bulan, 3 bulan, 6 bulan, 1 tahun. Bila sampai 1 tahun hasil tetap

indeterminate dan faktor risiko rendah, hasil dapat dinyatakan non reaktif.

Cara Membaca Hasil Pemeriksaan

Validasi Hasil :

Hasil baru bisa diinterpretasikan bila garis kontrol keluar garis/dot:

- Hasil valid apabila garis kontrol keluar garis/dot.
- Hasil invalid apabila garis kontrol tidak keluar , maka pemeriksaan harus diulang.

Hasil Pemeriksaan harus menggunakan Strategi 3 secara Serial, bila hanya menggunakan 2 reagensia pemeriksaan, hasil tidak dapat dikeluarkan, dan harus dilakukan pemeriksaan lanjutan ke reagensia ke tiga.

Hasil pemeriksaan harus segera dicatat dalam lembar kerja pemeriksaan HIV, menggunakan formulir hasil pemeriksaan anti-HIV dan ditandatangani oleh dokter sebelum hasil dikembalikan ke konselor/pengirim.

B. Tes HIV Atas Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan (TIPK)

TIPK adalah tes HIV dan konseling yang dilakukan kepada seseorang untuk kepentingan kesehatan dan pengobatan berdasarkan inisiatif dari pemberi pelayanan kesehatan.

TIPK harus dianjurkan sebagai bagian dari standar pelayanan pada fasilitas pelayanan Kesehatan. Pada ibu Hamil, penerapan TIPK dilaksanakan berdasarkan tingkat epidemi sebagai berikut:

- Daerah dengan tingkat epidemi meluas dan terkonsentrasi maka tenaga kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan.
- Daerah epidemi HIV rendah, penawaran tes HIV diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB. Pemeriksaan dilakukan secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan.

Pemeriksaan diagnosis HIV dilakukan berdasarkan prinsip kerahasiaan, persetujuan, konseling, pencatatan, pelaporan dan rujukan.

Konfidensialitas

Hasil pemeriksaan harus dirahasiakan dan hanya dapat dibuka kepada :

- a. Yang bersangkutan;
- b. Tenaga kesehatan yang menangani;
- c. Keluarga terdekat dalam hal yang bersangkutan tidak cakap;
- d. Pasangan seksual; dan
- e. Pihak lain sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan

Informed consent

Semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan kepada pasien harus mendapatkan persetujuan. Tes HIV pada TIPK tidak dilakukan dalam hal pasien menolak secara tertulis atau disebut juga option out . Option out adalah pasien harus secara jelas menyatakan penolakan

dilaksanakannya tes HIV setelah menerima informasi pra tes apabila ia tidak menginginkan tes HIV tersebut.

Informasi pra tes dan Konseling

Informasi pra tes dan Konseling pasca tes HIV dapat diberikan oleh semua tenaga kesehatan. Informasi pra-tes bersifat informatif secara singkat dan sederhana dapat dilakukan secara individu / pasangan / berkelompok. Ketika menerapkan pendekatan PITC, maka konseling pra-tes yang biasa diberikan pada KTS (VCT) disederhanakan tanpa sesi edukasi dan konseling yang lengkap.

Konseling pasca tes merupakan bagian integral dari proses tes HIV. Semua pasien yang menjalani tes HIV harus mendapatkan konseling pasca tes pada saat hasil tes disampaikan, tanpa memandang hasil tes HIV nya.

Refereral/Rujukan

Persyaratan penting lainnya bagi penerapan TIPK adalah tersedianya rujukan ke fasilitas layanan pencegahan,

pengobatan, perawatan dan dukungan bagi pasien termasuk ibu hamil dengan HIV.

Recording dan reporting

Hasil pelayanan PPIA harus dicatat dan dilaporkan dengan menjamin kerahasiaan.

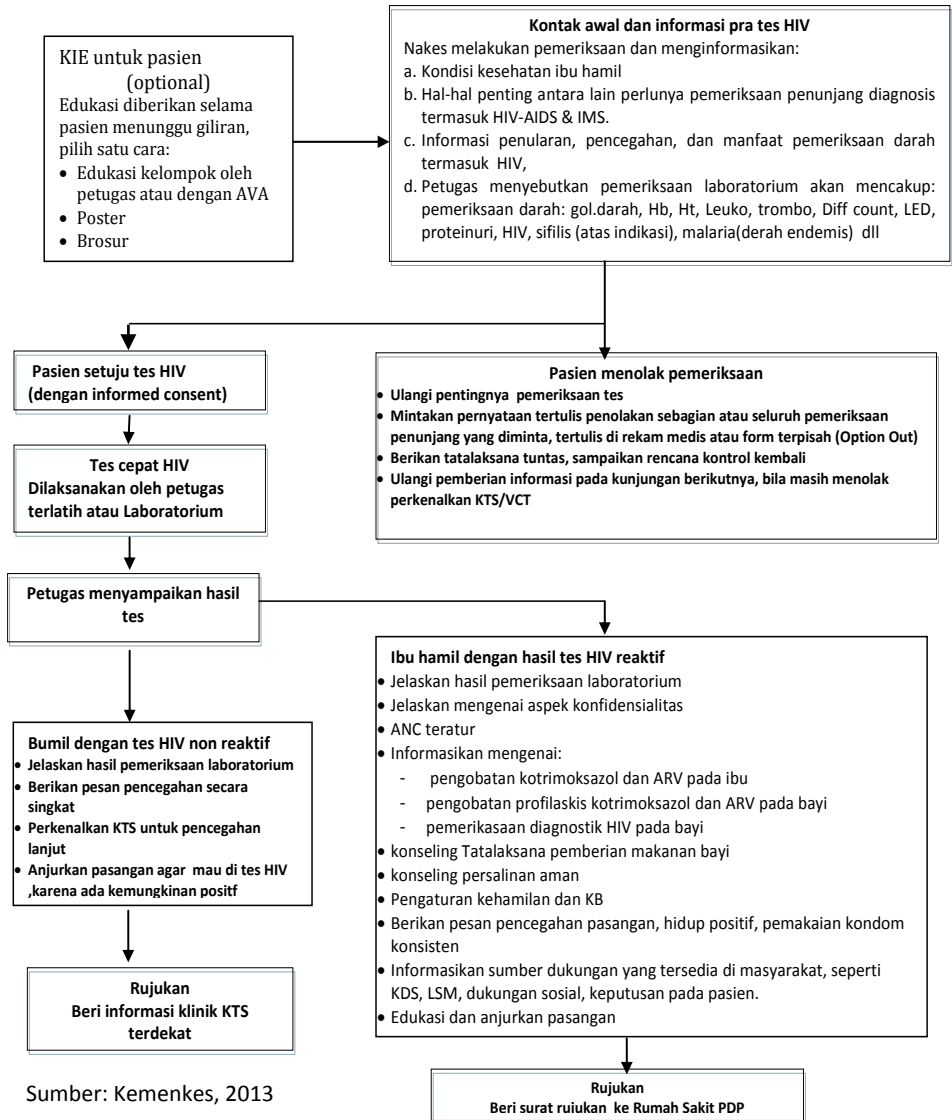
Langkah-langkah TIPK meliputi:

1. Pemberian informasi tentang HIV dan AIDS sebelum tes;
2. Pengambilan darah untuk tes;
3. Penyampaian hasil tes; dan
4. Konseling.

Alur TIPK dapat dilihat pada bagan 2 berikut:

Bagan2

Alur TIPK



Sumber: Kemenkes, 2013

Referensi

1. Epidemiologi Kebidanan.
<http://www.elearning.gunadarma.ac.id>
2. Hakim, Enggardini Rachma, 2013. Deteksi Dini HIV melalui kesehatan mulut.
<http://www.citizennews.suaramerdeka.com>
3. Kamus Kesehatan
4. Kementerian Kesehatan RI, 2013. Modul PPIA
5. UNAIDS, 2013. Global Report on the global AIDS epidemic 2013. <http://www.unaids.org>
6. UNICEF & UN AIDS. 2006. Rapid Assessment And Response of HIV/AIDS Among Especially Vulnerable Young People In The Republic Of Armenia, National Strategic Planning Process'.
<http://www.unicef.org>
7. WHO, 2014. Global Health Observatory.
<http://www.who.int>

BIOGRAFI PENULIS



Dewi Purnamawati dilahirkan di Jakarta 4 Mei 1980. Menyelesaikan pendidikan pada Akademi Kebidanan Muhammadiyah RSIJ tahun 2001, lanjut ke program strata satu (S1) pada program studi kesehatan masyarakat STIKIM pada tahun 2002. Semangat melanjutkan sekolah tak pernah padam, dua tahun kemudian penulis melanjutkan S2 di Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UI, peminatan Biostatistik. Pada tahun 2011 penulis kembali mendapatkan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan S3 di Program Doktorat Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UI. Penulis meniti karier sebagai dosen sejak tahun 2002 sampai saat ini. Saat ini, penulis juga aktif dalam kegiatan organisasi di Asosisasi Pendidikan Kebidanan Indonesia dan sejak tahun 2014 menjadi ketua editor jurnal SEAJOM (*South East Asian Journal of Midwifery*). Penulis juga aktif melakukan penelitian dalam bidang kesehatan masyarakat, kesehatan ibu dan anak dan kesehatan reproduksi yang dipublikasi baik dalam jurnal nasional terakreditasi maupun proseedng. Penghargaan yang

telah diterima diantaranya adalah pemenang proposal penelitian terbaik dan presentasi poster penelitian yang diselenggarakan dalam kongres nasional Ikatan Bidan Indonesia ke XV.

ISBN 978-602-60312-1-1



9

786026

031211

ISBN: 978-602-60312-1-1

Diterbitkan oleh:

STIKes Kharisma Karawang

Jl. Pangkal Perjuangan, Km. 01 By Pass

Karawang Barat

Email: stikeskharisma@ymail.com