

**GAMBARAN SKRINING HIV (*HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS*)
PADA IBU HAMIL DI PUSKESMAS PACET
KABUPATEN BANDUNG TAHUN 2017**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Guna Menyelesaikan
Pendidikan Program Studi DIII Kebidanan
STIKes Bhakti Kencana Bandung

Disusun Oleh :

**INTAN BADRIAH
CK.1.15.013**



**PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BHAKTI KENCANA
BANDUNG
2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

**Judul : GAMBARAN SKRINING HIV (*HUMAN IMMUNODE
FICIENCY VIRUS*) PADA IBU HAMIL DI PUSKESMAS
PACET KABUPATEN BANDUNG TAHUN 2017**

Nama : INTAN BADRIAH

NIM : CK.1.15.013

Telah disetujui pada Sidang Laporan Tugas Akhir
Program Studi D-III Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Bandung, September 2018

Pembimbing



Ning Hayati, S.ST., M.Kes.

Mengetahui

**Ketua Program Studi Kebidanan
STIKes Bhakti Kencana Bandung**



Dewi Nurlaela Sari, M.Keb.

LEMBAR PENGESAHAN

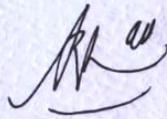
**Judul : GAMBARAN SKRINING HIV (HUMAN IMMUNODE
FICIENCY VIRUS) PADA IBU HAMIL DI PUSKESMAS
PACET KABUPATEN BANDUNG TAHUN 2017**

Nama : INTAN BADRIAH

NIM : CK.1.15.013

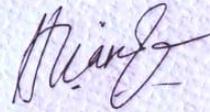
Telah mengikuti sidang Laporan Tugas Akhir
di STIKes Bhakti Kencana Bandung

Penguji I



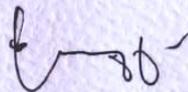
Rizki Muliani, S.Kep., Ners., MM

Penguji II



Neng Fitriana, S.ST.

**Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,**



R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep.

PERNYATAAN PENULIS

Dengan ini saya:

Nama : Intan Badriah
NIM : CK.1.15.012
Program Studi : DIII Kebidanan
Judul Laporan Tugas Akhir : GAMBARAN SKRINING HIV (*HUMAN*

IMMUNODEFICIENCY VIRUS) PADA IBU HAMIL DI PUSKESMAS PACET
KABUPATEN BANDUNG TAHUN 2017

Menyatakan:

1. Laporan Tugas Akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di Perguruan Tinggi lainnya.
2. Laporan Tugas Akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat atau jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi.

Bandung, Agustus 2018

Yang Membuat Pernyataan,



ABSTRAK

Infeksi menular seksual merupakan masalah kesehatan yang besar dan merupakan salah satu penyebab utama kesakitan, dan bahkan kematian di dunia. Diagnosis dan manajemen PMS pada kehamilan dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas maternal maupun janin. Data laporan dari Global Fund dan Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia yang bekerja sama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung didapatkan pada tahun 2016 kejadian HIV ditemukan sebanyak 93 orang.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran skrining HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) pada ibu hamil di Puskesmas Pacet Kabupaten Bandung tahun 2017.

Desain penelitian menggunakan deskriptif. Populasi sebanyak 1062 orang dan pengambil sampel dengan *total sampling* sehingga didapatkan sampel sebanyak 1062 orang. Pengambilan data secara sekunder berupa melihat dokumentasi hasil skrining HIV dengan analisa data menggunakan analisis univariat.

Hasil penelitian didapatkan bahwa gambaran ibu hamil yang melakukan pemeriksaan HIV sebagian besar tidak melakukan sebanyak 989 orang (93,1%) dan sebagian kecil melakukan sebanyak 73 orang (6,9%). ibu hamil yang melakukan pemeriksaan HIV sebagian besar tidak reaktif sebanyak 72 orang (98,6%) dan sebagian kecil reaktif sebanyak 1 orang (1,4%).

Simpulan didapatkan bahwa ada 1 orang ibu hamil yang reaktif. Saran bagi tenaga kesehatan untuk bisa terus berupaya memberikan penyuluhan dan menawarkan ibu hamil untuk melakukan tes HIV dalam upaya mengurangi risiko penularan HIV terhadap janin.

Kata kunci : Skrining HIV, Ibu Hamil, Puskesmas

Daftar Pustaka : 17 Sumber (Tahun 2008-2016).

ABSTRACT

Sexually transmitted infections are a major health problem and are one of the main causes of illness, and even death in the world. Diagnosis and management of PMS in pregnancy can reduce maternal and fetal morbidity and mortality. Report data from the Global Fund and the Indonesian Family Planning Association in collaboration with the Bandung District Health Office found that in 2016 the incidence of HIV was found as many as 93 people.

The purpose of this study was to find out the description of HIV (Human Immunodeficiency Virus) screening in pregnant women at the Pacet Health Center in Bandung Regency in 2017.

Research design using descriptive. The population is 1062 people and sample takers with total sampling so that a sample of 1062 people is obtained. Secondary data retrieval is looking at documentation of HIV screening results with data analysis using univariate analysis.

The results of the study showed that the majority of pregnant women who underwent HIV testing did not do as many as 989 people (93.1%) and a small percentage did 73 people (6.9%). Pregnant women who did HIV testing mostly did not reactive as many as 72 people (98.6%) and a small portion of reactive as many as 1 person (1.4%).

The conclusion was that there was 1 reactive pregnant woman. Suggestions for health workers to be able to continue to provide counseling and offer pregnant women to take HIV tests in an effort to reduce the risk of HIV transmission to the fetus.

Keywords: HIV screening, pregnant women, health center

Bibliography: 17 Resources (Year 2008-2016).

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim,

Segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan laporan tugas akhir ini. Shalawat serta salam senantiasa tercurah limpah kepada nabi Muhammad saw, kepada keluarganya, para sahabatnya serta kepada kita selaku umatnya.

Berkat rahmat dan karunia-Nya, akhirnya penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini dengan judul “GAMBARAN SKRINING HIV (*HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS*) PADA IBU HAMIL DI PUSKESMAS PACET KABUPATEN BANDUNG TAHUN 2017” ssebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada berbagai pihak yang telah membantu dalam proses penyusunannya. Oleh karena itu ucapan terima kasih penulis haturkan kepada:

1. H. Mulyana, SH.,M.Pd.,MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana.
2. R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep., selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Dewi Nurlaela Sari, M.Keb., selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung.

4. Ning Hayati, S.ST., M.Kes, selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan keuletan memberikan petunjuk, bimbingan serta pengarahan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir ini
5. Dosen-dosen yang ada di STIKes Bhakti Kencana Bandung yang selalu membimbing penulis selama perkuliahan.
6. Orang tua tercinta yang selalu mendoakan penulis demi terselesaikannya laporan tugas akhir ini.
7. Semua pihak yang penulis tidak dapat sebutkan satu persatu

Penulis berharap semoga do'a, bantuan, dukungan dan bimbingan dari semua pihak dalam penyusunan laporan tugas akhir ini mendapat balasan yang berlipat ganda dari Allah SWT. Aamiin. Semoga laporan tugas akhir ini dapat bermanfaat baik bagi penulis maupun bagi para pembaca pada umumnya.

Bandung, September 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PERSETUJUAN	
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR BAGAN	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Penyakit Menular Seksual (PMS)	6
2.1.1 Definisi	6
2.1.2 Etiologi.....	7
2.1.3 Dampak atau komplikasi PMS.....	25
2.2 PMTCT	26

2.2.1	Pengertian PMTCT	26
2.2.2	Tujuan Program PMTCT	26
2.2.3	Sasaran PMTCT	26
2.2.4	Jenis Kegiatan PMTCT	27
2.3	HIV (Human Immunodeficiency Virus)	32
2.3.1	Pengertian HIV.....	32
2.3.2	Penyebab	33
2.3.3	Perjalanan Infeksi Virus	33
2.3.4	Gejala Terinfeksi HIV.....	33
2.3.5	Faktor Yang Berperan Dalam Penularan HIV Dari Ibu Ke Anak	34
2.3.6	Mengapa AIDS Perlu Perhatian Khusus.....	34
2.3.7	Mitos Seputar HIV-AIDS Yang Beredar Di Masyarakat	35
2.3.8	Cara Penularan HIV	35
2.3.9	Waktu Dan Risiko Penularan HIV Pada Ibu Hamil	35
2.3.10	Perilaku Berisiko Tertular HIV	36
2.3.11	Hubungan IMS Dan HIV-AIDS.....	36
2.3.12	Cairan Tubuh Yang Tidak menularkan HIV.....	36
2.3.13	Hal-Hal Yang Tidak Menularkan HIV	36
2.3.14	Cara Pencegahan Penularan HIV	37
2.3.15	Diagnosis HIV.....	37

2.3.16 Pengobatan ARV.....	37
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian.....	38
3.2 Populasi	38
3.3 Sampel.....	38
3.4 Kerangka Penelitian	39
3.5 Definisi Operasional.....	41
3.6 Pengolahan dan Analisa Data	41
3.7 Waktu dan Lokasi Penelitian	43
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil Penelitian	44
4.2 Pembahasan	46
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Simpulan	51
5.2 Saran	51
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
3.1 Definisi Operasional	41
4.1 Distribusi Frekuensi Gambaran Ibu Hamil yang Melakukan Pemeriksaan HIV di Puskesmas Pacet Kabupaten Bandung Tahun 2017	44
4.2 Distribusi Frekuensi Kejadian HIV Pada Ibu Hamil Di Puskesmas Pacet Kabupaten Bandung Tahun 2017.....	45

DAFTAR BAGAN

Bagan	Halaman
3.1 Kerangka Konsep	40

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar Observasi
- Lampiran 2 : Data Hasil Penelitian
- Lampiran 3 : Hasil Perhitungan
- Lampiran 4 : Lembar Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit menular seksual sampai sekarang ini, masih menjadi masalah kesehatan, sosial maupun ekonomi di berbagai negara. Peningkatan insiden infeksi menular seksual dan penyebaran diseluruh dunia tidak dapat diperkirakan secara tepat, paling tidak insidennya relatif tetap, namun demikian disebagian besar negara insidennya penyakit menular seksual relatif masih tinggi. Angka penyebarannya sulit ditelusuri sumbernya, sebab tidak pernah dilakukan registrasi terhadap penderita yang ditemukan. Jumlah penderita yang terdata hanya sebagian kecil dari penderita sesungguhnya. (Lestari, 2013).

Lebih dari 30 jenis patogen dapat ditularkan melalui hubungan seksual dengan manifestasi klinis bervariasi menurut jenis kelamin dan usia. Meskipun infeksi menular seksual (IMS) terutama ditularkan melalui hubungan seksual, namun penularan dapat juga terjadi dari ibu kepada janin dalam kandungan atau saat kelahiran, melalui produk darah atau transfer jaringan yang telah tercemar, kadang - kadang dapat ditularkan melalui alat kesehatan (Kemenkes RI, 2013).

Diagnosis dan manajemen PMS pada kehamilan dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas maternal maupun janin. Sebagian besar PMS bersifat asimtomatik atau muncul dengan gejala yang tidak spesifik. Tanpa adanya tingkat kewaspadaan yang tinggi dan ambang batas yang lengkap dan

melakukan pemeriksaan skrining yang sesuai pada pasien yang sedang hamil pada pentingnya pemeriksaan prenatal. (Prawirohardjo,2012).

Infeksi menular seksual merupakan masalah kesehatan yang besar dan merupakan salah satu penyebab utama kesakitan, dan bahkan kematian di dunia. Penyakit ini mempengaruhi kesehatan, sosial dan konsekuensi ekonomi terutama pada negara berkembang. Penyakit menular seksual termasuk infeksi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*)/AIDS (*Acquired immunodeficiency syndrome*) adalah penyebab kedua hilangnya hidup sehat setelah morbiditas maternal (Adler, 2014). Banyak dari kasus yang tidak dilaporkan dan insidensi serta prevalensinya tidak terdefinisi dengan baik. Bahkan dari infeksi menular seksual seperti gonorea, chancroid, sifilis, lymphogranuloma venerum, HIV diperkirakan masih banyak yang belum dilaporkan (Goldman, 2008).

Dampak PMS pada kehamilan diantaranya terjadi aborsi spontan, kelahiran prematur, chorioamnionitis, postpartum endometritis, melahirkan anak cacat seperti katarak, gangguan pendengaran, kelainan jantung dan cacat lainnya (Kemenkes RI, 2013).

Menurut UNAIDS/WHO terdapat empat jenis model skrining HIV antara lain: pemeriksaan dan konseling HIV (*voluntary counseling and testing*), pemeriksaan HIV diagnostik, Pemeriksaan HIV dengan inisiatif dari tenaga kesehatan (*Provider-Initiated Testing and Counseling – PITC*) dan skrining HIV wajib (WHO, 2013).

Program pelayanan skrining HIV di puskesmas salah satunya berupa LKB (Layanan Komprehensif Berkesinambungan). Program

tersebut dikaitkan dengan model skrining HIV, maka pelaksanaan skrining HIV untuk ibu hamil menggunakan pemeriksaan HIV dengan inisiatif dari tenaga kesehatan. Setelah mengetahui hasil tes, digunakan kriteria terhadap pasien yang reaktif diberikan konseling pasca tes oleh konselor Puskesmas untuk mendapatkan layanan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan (PDP). Bagi populasi kunci yang hasil tes HIV-nya non reaktif, maka dapat dilakukan tes ulang minimal setiap 6 bulan (Kemenkes RI, 2012).

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI, sejak pertama kali dilaporkan tahun 1987 hingga Desember 2016, jumlah kumulatif infeksi HIV di Indonesia sebanyak 232.323 kasus dan jumlah AIDS mencapai 86.780 kasus. Jumlah kasus HIV tertinggi secara kumulatif dari tahun 1987-2016 terdapat di DKI Jakarta (45.355), Jawa Timur (31.429), Jawa Barat (24.725), Papua (23.145), dan Jawa Tengah (16.867) (Kemenkes RI, 2016).

Penderita HIV di Jawa Barat ditemukan 3.717 orang yang positif HIV. Demikian juga dengan ibu hamil, ditemukan 223 orang yang positif HIV (Dinkes Jawa Barat, 2016).

Data laporan dari Global Fund dan Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia yang bekerja sama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung didapatkan pada tahun 2016 kejadian HIV ditemukan sebanyak 93 orang, kejadian ini melibatkan lima puskesmas di Kabupaten Bandung salah satunya yaitu di Puskesmas Pacet Kabupaten Bandung (Dinkes Kabupaten Bandung, 2016).

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk mengambil judul penelitian “Gambaran skrining HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) pada ibu hamil di Puskesmas Pacet Kabupaten Bandung tahun 2017”.

1.2 Rumusan Masalah

Dalam penelitian ini rumusan masalahnya yaitu bagaimana gambaran skrining HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) pada ibu hamil di Puskesmas Pacet Kabupaten Bandung tahun 2017?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran skrining HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) pada ibu hamil di Puskesmas Pacet Kabupaten Bandung tahun 2017.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui gambaran ibu hamil yang melakukan pemeriksaan HIV di Puskesmas Pacet Kabupaten Bandung tahun 2017.
2. Untuk mengetahui kejadian HIV pada ibu hamil di Puskesmas Pacet Kabupaten Bandung tahun 2017.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menjadi dasar penelitian lanjutan untuk mengembangkan keilmuan, khususnya dalam bidang ilmu kebidanan mengenai skrining HIV pada ibu hamil.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan mampu menjadi acuan dan berguna untuk memberikan informasi, pengetahuan dan ilmu di bidang kesehatan. Serta sebagai bahan referensi guna pengembangan ilmu pengetahuan bahwa HIV bisa terjadi pada ibu hamil.

1.4.3 Bagi Peneliti Lainnya

Hasil penelitian menjadi dasar bagi peneliti lainnya dalam mendapatkan data insiden HIV pada ibu hamil di Puskesmas Pacet sebagai salah satu puskesmas yang ada di kabupaten Bandung.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyakit Menular Seksual (PMS)

2.1.1 Definisi

Penyakit Menular Seksual (PMS) adalah suatu penyakit infeksi yang kebanyakan ditularkan melalui hubungan seksual (*oral, anal, atau lewat vagina*), selain itu juga dapat ditularkan dari ibu ke anak selama kehamilan dan persalinan. Kuman penyebab infeksi tersebut dapat berupa jamur, virus dan parasite (Widyastuti, 2009).

Pertama kali penyakit ini disebut ‘Penyakit Kelamin’ atau Veneral Disease (VD) yang berasal dari kata Venus(dewi cinta), namun saat ini sebutan yang paling tepat adalah *Sexually Transmitted Infection* (STI) yang berarti penyakit-penyakit yang dapat ditularkan melalui hubungan kelamin (Daili, 2010).

Penyakit Menular Seksual disebabkan oleh lebih dari 30 bakteri yang berbeda, virus dan parasite dan tersebar terutama melalui kontak seksual, termasuk vagina, anal dan oral seks (Najmah, 2016). Pada umumnya seseorang tidak sadar dirinya menderita PMS karena bersifat asimtomatik atau tidak menunjukkan gejala khusus. Penyakit ini memiliki pengaruh yang besar pada kesehatan seksual dan reproduksi di seluruh dunia dan juga termasuk diantara 5 penyakit yang pelayanan kesehatannya dicari masyarakat untuk mengobati PMS tersebut. Namun, ketika gejala yang ada timbul pada seseorang, perasaan malu,

stigmatisasi ataupun keduanya membuat banyak individu yang terkena PMS mencari pengobatan di luar pelayanan kesehatan, yaitu dengan pengobatan tradisional, pengobatan mandiri dengan alternative atau obat bebas di pasaran, bahkan tidak berobat sama sekali.

2.1.2 Etiologi

Penyakit PMS ini disebabkan oleh lebih dari 30 bakteri yang berbeda, virus dan parasite dan tersebar terutama melalui kontak seksual, termasuk vagina, anal dan oral seks (Najmah, 2016).

Berdasarkan Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual 2011, ada 5 jenis PMS yang ditimbulkan berdasarkan patogen penyebabnya, yaitu:

1. Infeksi Bakteri

a. Gonore

1) Penyebab: *Neisseria gonorrhoeae*

2) Patogenesis: Setelah melekat, gonokokus berpenetrasi ke dalam sel epitel dan melalui jaringan subepitel dimana gonokokus ini terpajan ke sistem imun (serum, komplemen, imunoglobulin A (IgA), dll), dan difagositosis oleh neutrofil. Virulensi bergantung pada apakah gonokokus mudah melekat dan berpenetrasi ke dalam sel penjamu, begitu pula resistensi terhadap serum, fagositosis, dan pemusnahan intraseluler oleh polimorfonukleosit. Faktor yang

mendukung virulensi ini adalah pili, protein membran bagian luar, lipopolisakarida, dan protease IgA.

- 3) Manifestasi Klinis: gejala infeksi muncul 1 sampai 14 hari setelah terpapar, meskipun ada kemungkinan terinfeksi gonore namun tidak memiliki gejala. Diperkirakan hampir setengah wanita yang terinfeksi gonore tidak merasakan gejala, atau memiliki gejala non- spesifik (Irianto, 2014).
Pada Pria: rasa panas selama buang air kemih dan keluarnya nanah dari penis (uretra). Pada Wanita: Cairan putih keluar dari vagina, rasa nyeri di bagian perut, namun pada wanita gonore seringkali tidak menampilkan gejala-gejala.
- 4) Pemeriksaan diagnostik: diagnosis ditegakkan melalui identifikasi organisme. Pewarnaan Gram sekret uretra positif pada 95% pria dan pewarnaan Gram sekret endoserviks positif pada 60% wanita. Kultur penting pada wanita termasuk kultur rektal dan orofaring. Konfirmasi identitas dapat dibuat dengan fermentasi gula atau perangkat deteksi antigen spesifik *N. Gonorrhoeae*. Tes hibridisasi atau amplifikasi asam nukleat merupakan tes nonkultur yang berguna untuk screening.
- 5) Terapi: terapi dosis tunggal dengan siprofloksasin oral atau seftriakson IM, atau amoksisilin oral (dosis tinggi 3 g) pada

daerah dengan resistensi penisilin rendah atau pada kehamilan.

b. Klamidia

- 1) Penyebab: *Chlamydia trachomatis*
- 2) Patogenesis: dibagi menjadi 2 fase yaitu fase I dan II. Pada fase I (fase noninfeksiosa) ini terjadi keadaan laten yang dapat ditemukan pada genitalia maupun konjungtiva. Pada fase ini kuman bersifat intraselular dan berada di dalam vakuol yang letaknya melekat pada inti sel hospes (badan inklusi). Selanjutnya pada fase II (fase penularan) jika vakuol pecah, kuman menyebar keluar dalam bentuk badan elementer yang dapat menimbulkan infeksi pada sel hospes yang baru.
- 3) Manifestasi klinis: gejala dimulai dalam waktu 5 sampai 10 hari setelah paparan infeksi. Gejala pada wanita: sakit perut, keputihan abnormal, perdarahan diluar menstruasi, demam ringan, hubungan sek menyakitkan, nyeri dan rasa terbakar saat kencing, pembengkakan di dalam vagina atau di sekitar anus, ingin buang air kecil melebihi biasanya, perdarahan vagina setelah berhubungan, keluarnya cairan kekuningan dari leher rahim yang mungkin memiliki bau yang kuat. Gejala pada pria: nyeri atau rasa terbakar saat kencing, cairan bernanah atau susu dari penis, testis bengkak atau lembek,

pembengkakan di sekitar anus. Selain gejala diatas, klamidia yang menginfeksi mata dapat menimbulkan kemerahan, gatal dan tahi mata. Sedangkan klamidia yang menginfeksi tenggorokan dapat menyebabkan rasa sakit.

- 4) Pemeriksaan diagnostik: PCR swab genital (vagina, serviks, atau anus) atau urin
- 5) Terapi: doksisisiklin selama 7 hari atau azitromisin dosis tunggal.

c. Limfgranuloma Venereum

- 1) Penyebab: *Chlamydia trachomatis* (galur L1-L3)
- 2) Patogenesis: *Chlamydia trachomatis* tidak dapat menembus kulit atau selaput lendir yang utuh, tetapi memperoleh akses melalui abrasi atau laserasi minor. Lesi primer adalah ulkus atau vesikel herpetiformis kecil yang tidak nyeri, biasanya di dinding vagina posterior. Lesi menetap hanya beberapa hari dan sembuh tanpa jaringan parut. Infeksi kemudian menjalar melalui pembuluh limfe ke kelenjar getah bening regional. Kelenjar tersebut membesar dan membentuk massa yang sangat nyeri kemudian menjadi abses. Kemudian cairan abses keluar melalui kulit dan dapat terbentuk saluran-saluran sinus. Infeksi ini berlangsung beberapa minggu sampai berbulan-bulan dan dapat cukup parah sehingga menyebabkan obstruksi saluran limfe dan edema kronik.

- 3) Manifestasi klinis: lesi primer di dinding vagina posterior, limfadenopati inguinalis unilateral yang nyeri, proktokolitis, peradangan pada jaringan limfe perirektum, fistula dan striktur.
- 4) Pemeriksaan diagnostik: tes frei dan tes ikatan komplemen.
- 5) Terapi: sulfametoksazol 2 x 400 mg dan trimetoprim 2 x 80 mg, kurang lebih selama 1-5 minggu tergantung berat ringan penyakit dengan dosis sehari 2x. Selain itu sulfa dengan dosis 3 x 1 gr sehari atau tetrasiklin 3 x 500 mg sehari.

d. Sifilis

- 1) Penyebab: *Treponema Pallidum*
- 2) Patogenesis: Endarteritis obliteratif terjadi pada semua tahap penyakit. Keadaan ini berhubungan dengan infiltrasi perivaskular oleh makrofag dan sel plasma dalam chancre primer, hiperkeratosis pada sifilis sekunder kutan, serta nekrosis sentral dan granulomata pada guma. *Treponema* masuk ke tubuh melalui membran mukosa atau kulit yang mengalami abrasi di mana timbul chancre primer . chancre ini sembuh secara spontan dalam 2-4 minggu dan menghilang bersamaan dengan tahap sekunder atau diseminat, ketika *treponema* dapat diidentifikasi dari lesi kulit, selain itu dari darah, kelenjar getah bening, dan sistem saraf pusat.

- 3) Manifestasi klinis: Chancre primer pada 95% kasus bersifat genital dan memiliki karakteristik berikut. Chancre biasanya merupakan lesi bundar soliter, tidak nyeri, tidak nyeri tekan, dengan tepi eritematosa berbatas tegas dan memiliki dasar bersih serta berindurasi. Manifestasi ini berhubungan dengan limfadenopati inguinal seperti karet, terbuka, tidak nyeri, dan tidak nyeri tekan. Chancre merupakan ulkus yang dapat sembuh tanpa membentuk jaringan parut dalam 4-6 minggu.
 - 4) Pemeriksaan diagnostik: pemeriksaan mikroskop lapangan gelap terhadap eksudat dari chancre dan lesi mukokutis, uji antibodi fluoresen langsung, uji serologik: uji nontreponema (uji VDRL dan RPR) dan uji treponema (uji FTA-ABS dan MHA-TP) atau uji serologik dengan uji lain.
 - 5) Terapi: suntikan penisilin G secara IM sebanyak 1 juta satuan/hr selama 8-10 hr. Jika alergi terhadap penisilin maka diberikan tetrasiklin 4 x 500 mg/hr, atau eritromisin 4 x 500 mg/hr, atau doksisisiklin 2 x 100 mg/hr selama 15 atau 30 hari. Golongan sefalosporin, misalnya sefalekssin 4 x 500 mg/hr selama 15 hari.
- e. Chancroid (Ulkus Mole)
- 1) Penyebab: *Haemophilus ducreyi*
 - 2) Patogenesis: adanya trauma atau abrasi sangat penting untuk organisme melakukan penetrasi epidermis. Jumlah inokulum

untuk menimbulkan infeksi tidak diketahui. Pada lesi, organisme terdapat dalam makrofag dan neutrofil atau bebas berkelompok (mengumpul) dalam jaringan interstisial.

- 3) Manifestasi klinis: Gejala klasik ulkus mole adalah ulkus yang superficial dan dangkal dalam ukuran beberapa milimeter sampai 2 cm. Tepinya kasar atau berbentuk seperti kulit kerang dan dikelilingi oleh lapisan peradangan yang kemerahan. Dasarnya tertutup eksudasi yang terdiri dari jaringan nekrosis serta mudah berdarah bila eksudasi ini diangkat. Berbeda dengan ulkus sifilis, ulkus mole ini sangat nyeri dan lunak serta tidak indurasi. Pada pria lokalisasinya sering pada preputium dan frenulum, sedangkan pada wanita pada labia dan perianal.
- 4) Pemeriksaan diagnostik: pemeriksaan sediaan hapus, biakkan kuman dari pus atau lesi. Teknik imunofluoresens untuk menemukan antibodi. Biopsi dan autoinokulasi.
- 5) Terapi: sulfonamida, dosis pertama 2-4 gr dilanjutkan dengan 1 gr tiap 4 jam sampai sembuh sempurna (\pm 10-14 hari). Tablet kotrimoksazol (kombinasi sulfametoksazol 400 mg dan trimetoprim 80 mg) diberikan dengan dosis 2 x 2 tablet selama 10 hari. Streptomisin, disuntikkan setiap hari 1 gr selama 7-14 hari. Kanamisin 2 x 500 mg IM selama 6-14

hari, eritromisin 4 x 500 mg sehari selama 1 minggu dan kuinolon (ofloksasin dosis tunggal 400 mg).

f. Granuloma Inguinale (Donovanosis)

1) Penyebab: *Klebsiella (Calymmatobacterium) granulomatis*, *Mycoplasma genitalium*, dan *Ureaplasma urealyticum*.

2) Patogenesis: lesi primer dimulai sebagai suatu nodus yang keras (berindurasi), jika terjadi kerusakan pada permukaannya terjadi ulkus yang berwarna seperti daging dan granulomatosus. Biasanya berkembang perlahan-lahan, sering menjadi satu dengan lesi yang berhubungan atau membentuk lesi baru dengan autoinokulasi, terutama pada daerah perianal. Timbul akantosis hebat dan terdapat banyak histiosit. Beberapa leukosit PMN terdapat pada fokus infiltrat atau tersebar, limfosit jarang ditemukan. Proliferasi epitel marginal menyerupai gejala epiteliomatosus permulaan. Gambaran patognomonik donovanosis adalah sel mononuklear besar yang terinfeksi, berisi banyak kista intrasitoplasmik yang diisi oleh badan-badan Donovan. Kadang terjadi penyebaran hematogen, metastatik ke tulang-tulang, sendi-sendi atau hati. Infeksi sekunder akan menimbulkan destruksi jaringan kemudian terjadi sikatriks.

3) Manifestasi klinis: terdapat satu atau lebih papul kecil, padat dan induratif di tempat kontak yang dalam beberapa hari

sampai minggu mengalami ulserasi. Ulkus primer tampak bersih, merah seperti daging, tidak nyeri dan tidak meradang serta tidak menyebabkan limfadenopati. Nyeri, eksudat dan limfadenopati merupakan tanda infeksi sekunder serta lesi yang sering ditemukan di labia minora dan fourchette.

- 4) Pemeriksaan diagnostik: riwayat penyakit, gambaran klinis, identifikasi badan Donovan melalui hapusan jaringan, biakkan, biopsi, tes serum, inokulasi dan tes kulit.
- 5) Terapi: ampisilin 4 x 500 mg/hari selama 1 bulan. Streptomisin 1 gr/hari i.m selama 20 hari. Tetrasiklin 4 x 500 mg selama 10-20 hari, eritromisin 4 x 500 mg/hari selama 2-3 minggu dan gentamisin 1 mg/kgBB i.m 2x/hari selama 14 hari.

2. Infeksi Virus

a. HIV / AIDS (*Acquired Immundeficiency Syndrome*)

- 1) Penyebab: *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*
- 2) Patogenesis: *Acquired Immundeficiency Syndrome* adalah sindrom dengan gejala infeksi oportunistik atau kanker tertentu akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh karena infeksi *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* tipe 1 maupun tipe 2. Virus ini ditularkan melalui perantara darah,

semen, dan sekret vagina baik melalui hubungan seksual atau cara transmisi lainnya. *Human Immunodeficiency Virus* menyerang sel yang memiliki antigen permukaan CD4, terutama limfosit T4 yang memegang peranan penting dalam mengatur dan mempertahankan sistem kekebalan tubuh. Jika sudah masuk ke dalam limfosit T4 selanjutnya mengadakan replika sehingga menjadi banyak dan menghancurkan sel limfosit itu sendiri. Gen *tat* yang terdapat dalam HIV dapat menyebabkan penghancuran limfosit t4 secara besar-besaran sehingga menyebabkan sistem kekebalan tubuh menjadi lumpuh.

- 3) Manifestasi klinis: keringat yang berlebihan pada waktu malam hari, diare terus menerus, bengkakan kelenjar getah bening, flu yang tidak sembuh-sembuh, nafsu makan dan kekebalan tubuh menurun. Terlebih lagi jika sudah memasuki fase AIDS, timbul penyakit tertentu yang disebut dengan infeksi oportunistik, yaitu kanker khususnya sariawan, kanker kulit (sarcoma kaposi), infeksi paru dan kesulitan bernafas, infeksi usus dan infeksi otak yang menyebabkan kekacauan mental dan sakit kepala.
- 4) Pemeriksaan diagnostik: uji *Western blot* (untuk mendeteksi antibodi HIV pada serum, plasma, cairan mulut, darah kering, atau urin pasien), Rapid test, tes ELISA.

5) Terapi: scrining TB dan infeksi oportunistik lainnya, pemeriksaan CD4 untuk menentukan PPK (Penobatan Pencegahan Kotrimoksazol) dan pemberian ARV.

b. Herpes Genitalis

1) Penyebab: *Herpes simplex virus (HSV) tipe 2 dan tipe 1*

2) Patogenesis: HSV 1 dan HSV 2 menyebabkan infeksi kronik yang ditandai oleh masa-masa infeksi aktif dan latensi. Pada infeksi aktif primer, virus menginvasi sel penjamu dan cepat berkembang biak, menghancurkan sel pejamu dan melepaskan lebih banyak virion untuk menginfeksi sel-sel disekitarnya. Pada infeksi primer, virus menyebar melalui saluran limfe ke kelenjar limfe regional dan menyebabkan limfadenopati. Tubuh melakukan respon imun selular dan humoral yang menahan infeksi tetapi tidak dapat mencegah kekambuhan infeksi aktif. Setelah infeksi awal, akan timbul masa laten. Selama masa laten ini, virus masuk ke dalam sel-sel sensorik yang mempersarafi daerah yang terinfeksi dan bermigrasi di sepanjang akson untuk bersembunyi di dalam ganglion radiksdorsalis tempat virus berdiam tanpa menimbulkan sitotoksitas atau gejala pada manusia penjamunya. Viron menular dapat dikeluarkan baik selama fase aktif maupun masa laten.

3) Manifestasi klinis:

Primer: gejala sistemik, demam, malaise dan nyeri kepala.

Lesi dengan nyeri lokal dan disuria.

Non primer: servicitis, proktitis dan faringitis. Sekret vagina dan perdarahan intermitten. Serviks tampak merah, rapuh dan mengalami ulserasi.

Rekuren: lesi yang gatal atau panas, cenderung timbul secara unilateral di tempat yang sama, lebih sedikit dan lebih kecil dibandingkan dengan infeksi sekunder serta disuria.

- 4) Pemeriksaan diagnostik: uji amplifikasi DNA, biakkan virus terhadap vesikel atau pustul dan uji deteksi antigen dengan EIA atau uji fluoresensi langsung.
- 5) Terapi: asiklovir krim dioleskan 4x sehari, asiklovir 5 x 200 mg oral selama 5 hari dan povidone iodine bisa digunakan untuk mencegah timbulnya infeksi sekunder.

c. Kutil Kelamin

- 1) Penyebab: *Human Papillomavirus (HPV)*
- 2) Patogenesis: Penularan melalui hubungan kelamin. Kondiloma muncul dalam waktu 1-6 bulan setelah terinfeksi, dimulai dengan pembengkakan kecil yang lembut, lembab, berwarna merah atau merah muda dan tumbuh dengan cepat serta memiliki tangkai.
- 3) Manifestasi klinis: kutil genital dan tidak nyeri. Lesi eksternal (introitus, vulva dan perineum). Lesi internal (dinding

vagina dan serviks). Kelainan pada kulit berupa vegetasi yang bertangkai dan berwarna kemerahan jika masih baru, dan agak kehitaman bila sudah lama. Permukaan berjonjot (papilomatosa) sehingga pada vegetasi yang besar dapat dilakukan percobaan sondase. Jika timbul infeksi sekunder berwarna kemerahan akan berubah menjadi keabu-abuan dan berbau tidak enak.

- 4) Pemeriksaan diagnostik: papsmear dan biopsi serviks, hibridisasi DNA dan Liquid-based cytology.
- 5) Terapi: kemoterapi (pedofilin 25% 0,3 cc, asam triklorasetat dengan konsentrasi 50% dioleskan setiap minggu dan 5 flourourasil dengan konsentrasi 1-5% dalam krim diberikan setiap hari). Bedah listrik, bedah beku, bedah skapel, laser karbondioksida.

3. Infeksi Protozoa (Trikomoniasis)

- a. Penyebab: *Trichomonas vaginalis*
- b. Patogenesis: *T. vaginalis* menimbulkan peradangan pada dinding saluran urogenital dengan cara invasi sampai mencapai jaringan epitel dan sub epitel. Masa tunas rata-rata 4 hari sampai 3 minggu. Pada kasus yang lanjut terdapat bagian-bagian dengan jaringan granulasi yang jelas. Nekrosis dapat di lapisan subepitel yang menjalar sampai di permukaan epitel. Di dalam vagina dan

uretra parasit hidup dari sisa-sisa sel, kuman-kuman dan benda lain yang terdapat dalam sekret.

- c. Manifestasi klinis: Trikomoniasis pada pria dan wanita memberikan gejala klinis yang berbeda:

Pada pria, dapat menyebabkan uretritis nonspesifik dengan gejala:

- 1) Perasaan gatal pada uretra
- 2) Disuria
- 3) Keluarnya duh tubuh dari uretra yang biasanya lebih encer dibandingkan dengan duh tubuh yang keluar pada penderita gonore

Pada wanita, dapat menyebabkan vaginitis dengan tanda-tanda klinis:

- 1) Leukorhoe atau fluor albus yang banyak dengan warna putih kehijau-hijauan dan berbau
- 2) Perasaan gatal pada vulva dan kadang-kadang sampai ke paha
- 3) Dinding vagina dijumpai banyak ulkus, oedemaos, dan erythem.

- d. Pemeriksaan diagnostik: pemeriksaan trikomonad dalam sediaan basah salin, sediaan hapus serta pembiakan pada pemeriksaan mikroskopik sekret.

- e. Terapi: topikal (bahan cairan berupa irigasi yaitu hidrogen peroksida 1-2% dan larutan asam laktat 4% bahan berupa supositoria yaitu bubuk yang bersifat trikomoniasidal dan gel).

4. Infeksi Jamur (Kandidiasis)

- a. Penyebab: *Candida albicans*
- b. Patogenesis: infeksi terjadi jika ada faktor predisposisi baik endogen (perubahan fisiologik, umur dan imunologik) maupun eksogen (iklim, kebersihan kulit, kebiasaan berendam kaki dalam air yang terlalu lama dan kontak dengan penderita).
- c. Manifestasi klinis: pruritus, iritasi hebat pada vulva dan vagina, edema, eritema dan fisura pada vulva, disertai disuria. Selain itu terdapat sekret vagina seperti “keju lembut”.
- d. Pemeriksaan diagnostik: anamnesis dan temuanklinis disertai oleh pemeriksaan mikroskopik kerokan kulit atau usapan mukokutan dan sekret vagina.
- e. Terapi: topikal (grup azol yaitu mikonazol 2% berupa krim atau bedak, klotrimazol 1% berupa bedak, larutan dan krim, tiokonazol, bufanazol) dan sistemik (nistatin, amfoterisin B i.v).

5. Infeksi Parasit

- a. Pedikulosis pubis
 - 1) Penyebab: *Phthiruspubis*

- 2) Patogenesis: *Phthirus pubis* ini masuk melalui kulit/folikel rambut dan menghisap darah dengan mengeluarkan saliva yang dapat mengubah bilirubin menjadi biliverdin. Hal tersebut dapat menimbulkan makula pada tubuh, paha, ketiak yang berwarna coklat kemerahan atau disebut juga makula *scrulae* sehingga mengakibatkan rasa gatal yang hebat. Timbullah lesi yang diakibatkan dari garukan dan adanya bercak hitam yang terdapat pada celana akibat krusta.
- 3) Manifestasi klinis: rasa gatal yang hebat pada daerah pubis, dapat meluas sampai ke daerah abdomen dan dada, bercak-bercak berwarna abu-abu atau kebiruan yang disebut makula *serulae*, serta ditemukan *black dot* yaitu bercak hitam pada celana dalam pada waktu bangun tidur. Terjadi infeksi sekunder dengan pembesaran kelenjar getah bening regional.
- 4) Pemeriksaan diagnostik: mencari telur atau bentuk dewasa *P.Pubis*, kutu ini dapat dilihat dengan mata telanjang dan juga bisa didapatkan pembengkakan kelenjar getah bening.
- 5) Terapi: Gameksan 1% atau emulsi benzil benzoat 25% yang dioleskan dan didiamkan selama 24 jam, krim hidrokortison 1%, 2 kali sehari.

b. Skabies

- 1) Penyebab: *sarcoptes scabiei*
- 2) Patogenesis: *Sarcoptes scabei* jantan dan betina yang ada di permukaan kulit setelah mengadakan kopulasi, yang jantan

akan segera mati, sedang yang betina membuat lorong (kunikulus) di dalam lapisan tanduk (stratum korneum), kemudian bertelur dan meninggalkan secret di situ untuk persediaan makanan. Banyaknya telur tiap satu *Sarcoptes* antara sepuluh sampai dua puluh buah, dan tiga sampai empat hari kemudian telur itu akan menetas menjadi larva, dan selanjutnya berubah menjadi kepompong, dan kemudian menjadi *Sarcoptes scabiei*. dari larva untuk menjadi dewasa memerlukan waktu kira-kira dua minggu. *Sarcoptes* yang telah dewasa keluar menuju permukaan kulit mencari pasangan sendiri-sendiri untuk mengadakan kopulasi, kemudian yang jantan akan segera mati dan yang betina membuat lorong untuk bertelur, dan demikian seterusnya.

- 3) Manifestasi klinis: Gejala klinis yang khas adalah gatal-gatal yang sangat, terutama pada malam hari dikala temperatur kulit menjadi lebih hangat. Tempat-tempat yang biasanya menjadi sasaran skabies adalah: sela-sela jari tangan, pergelangan tangan bagian fleksor, lipatan ketiak bagian depan dan belakang, areola mammae, sekitar pusat (umbilikus), daerah ikat pinggang, perut bagian bawah, daerah genitalia dan pubis, pantat bagian bawah dan lipatan pantat. Khusus pada anak-anak kecuali tempat-tempat tersebut, juga dapat mengenai kepala, muka, telapak tangan, dan kaki. Bentuk wujud kelainan kulitnya (lesinya) yang khas adalah

kunikulus (terowongan), yang tampak sedikit meninggi, warna keabu-abuan, panjang kurang dari setengah sentimeter.

- 4) Pemeriksaan diagnostik: Sampel jaringan superfisial epidermis di kerok pada daerah diatas terowongan atau papula dengan menggunakan mata pisau skapel yang kecil. Hasil kerokan diletakkan pada slide mikroskop dan diperiksa lewat mikroskop dengan pembesaran rendah untuk melihat kutu pada setiap stadium (dewasa, telur, cangkang telur, larva, nimfa) dan butiran fecesnya (Kusumaningtyas, 2015).
- 5) Terapi: preparat skabisida, seperti lidane (kwell) atau krotamiton (krim dan losion Eurax), salep seperti kortikosteroid topikal

2.1.3 Dampak atau komplikasi PMS

Dampak Penyakit Menular Seksual (PMS), yaitu :

1. Infeksi alat reproduksi akan menurunkan kualitas ovulasi sehingga akan mengganggu siklus dan banyaknya haid serta menurunkan kesuburan.
2. Peradangan alat reproduksi ke organ yang lebih tinggi yang dapat meningkatkan kecenderungan terjadi kehamilan diluar rahim (ektopik).
3. Melahirkan anak cacat bawaan seperti katarak, gangguan pendengaran, kelainan jantung dan cacat lainnya.

4. Dampak secara fisik, meliputi:
 - a. Bekas bisul atau nanah di daerah alat kelamin dapat mengganggu kualitas hubungan seksual di kemudian hari karena menimbulkan nyeri dan tidak nyaman waktu berhubungan seks.
 - b. Nyeri waktu BAK (disuria) karena peradangan mengenai saluran kemih.
 - c. Gejala *neurologi* / gangguan syaraf (stadium lanjut sifilis).
 - d. Lebih mudah terinfeksi HIV
 - e. Kemandulan dikarenakan perlengketan saluran reproduksi
5. Dampak secara psikologis, meliputi:
 - a. Malu dan takut sehingga tidak mau berobat yang akan memperberat penyakit atau bahkan akan mengobati dengan jenis dan dosis yang tidak tepat yang justru akan memperberat penyakit disamping terjadi resistensi obat.
 - b. Gangguan hubungan seks setelah menikah kerana takut tertular atau takut menularkan penyakit pada pasangannya.
 - c. Rendah diri (Kemenkes RI, 2013)

2.2 PMTCT (*Prevention of Mother to Child Transmission*)

2.2.1 Pengertian PMTCT

PMTCT adalah upaya untuk mencegah infeksi HIV pada perempuan serta mencegah penularan HIV dari ibu hamil ke bayi (Kemenkes RI, 2012).

2.2.2 Tujuan Program PMTCT

1. Mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi
2. Mengurangi dampak epidemi HIV terhadap ibu dan bayi
(Kemenkes RI, 2012)

2.2.3 Sasaran PMTCT

1. Wanita usia reproduksi (15-49 tahun)
2. Wanita hamil dengan HIV positif dan HIV negatif
3. Bayi yang dilahirkan dari ibu HIV positif
4. Pasangan dari wanita yang berisiko tinggi
5. Keluarga wanita hamil yang HIV positif
6. Masyarakat di lingkungan sekitar wanita hamil HIV positif
(Kemenkes RI, 2012).

2.2.4 Jenis Kegiatan PMTCT

1. Prong I Pencegahan Penularan HIV Pada Perempuan Usia Reproduksi

Pencegahan primer pada perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) bertujuan untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak secara dini, baik sebelum terjadi perilaku hubungan seksual berisiko atau bila terjadi maka penularan masih bisa dicegah, termasuk mencegah ibu dan ibu hamil agar tidak tertular oleh pasangannya yang terinfeksi HIV. Pencegahan penularan HIV menggunakan strategi "ABCD", yaitu: A (*Abstinence*) artinya Absen Seks atau

tidak melakukan hubungan seksual bagi orang yang belum menikah; B (*Be Faithful*) artinya bersikap setia pada satu pasangan seks; C (*Condom*) artinya cegah penularan HIV dengan kondom; D (*Drug No*) artinya dilarang menggunakan narkoba (Kemenkes RI, 2012).

Kegiatan pada pencegahan primer adalah:

- a. Menyebarluaskan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) tentang HIV-AIDS dan kesehatan reproduksi baik individu maupun kelompok
- b. Mobilisasi masyarakat.

Melibatkan petugas lapangan dalam memberi informasi kepada masyarakat serta akses layanan kesehatan, menjelaskan cara pengurangan risiko penularan HIV dan IMS termasuk pemakaian kondom dan alat suntik steril, melibatkan semua pihak dalam masyarakat (tokoh agama, tokoh masyarakat, kelompok dukungan sebaya, komunitas peduli HIV) dalam menghilangkan stigma dan diskriminasi.

- c. Layanan test HIV.

Konseling dan Tes atas Inisiasi Petugas Kesehatan (KTIP) serta Konseling dan Tes Sukarela (KTS). Cara mengetahui status HIV melalui tes darah dengan *Counselling, Confidentiality and Informed consent* (3C) (Kemenkes RI, 2012). Layanan ini dintegrasikan dengan pelayanan KIA secara komprehensif dan berkesinambungan meliputi:

- 1) Semua ibu hamil ditawarkan konseling dan tes HIV
 - 2) Semua ibu hamil mendapat informasi tentang HIV-AIDS secara komprehensif
 - 3) Pelaksanaan konseling dan tes sesuai standar yang ada
 - 4) Tes HIV ditawarkan juga bagi pasangannya
 - 5) Konseling paska-tes bagi perempuan atau ibu yang HIV negatif berfokus pada informasi dan bimbingan agar HIV tetap negatif selama hamil, menyusui dan seterusnya
 - 6) Harus ada petugas yang mampu memberikan konseling dan tes
 - 7) Konseling berpasangan
 - 8) Prinsip *Counselling, Confidentiality and Informed Consent* (3C)
 - 9) Pemberian kondom
 - 10) Tes HIV terintegrasi dengan IMS, kesehatan reproduksi, pemberian gizi tambahan dan KB (Kemenkes RI, 2012).
- d. Dukungan untuk perempuan yang HIV negatif
- 1) Ibu hamil yang hasil tesnya negatif perlu didukung agar statusnya tetap negatif
 - 2) Anjurkan agar pasangannya juga dilakukan tes HIV
 - 3) Pelayanan KIA yang bersahabat untuk pria
 - 4) Memberikan konseling berpasangan
 - 5) Dialog terbuka tentang perilaku seksual yang aman dan dampak HIV pada ibu hamil

6) Informasi pasangan tentang pentingnya kondom dalam pencegahan penularan HIV (Kemenkes RI, 2012).

2. Prong II Pencegahan Kehamilan Yang Tidak Direncanakan Pada Perempuan Dengan HIV

Perempuan dengan HIV berpotensi menularkan virus kepada bayi yang dikandungnya jika hamil. Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) perempuan disarankan untuk mendapatkan akses layanan yang menyediakan informasi dan sarana kontrasepsi yang aman dan efektif untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan. Kontrasepsi untuk perempuan yang terinfeksi HIV yaitu:

- a. Menunda kehamilan dengan cara kontrasepsi jangka panjang dan kondom
- b. Tidak mau punya anak lagi dengan cara kontrasepsi mantap dan kondom (Kemenkes RI, 2012).

Jika ibu sudah menjalani terapi ARV, maka jumlah virus HIV di dalam tubuhnya menjadi sangat rendah (tidak terdeteksi) sehingga risiko penularan HIV dari ibu ke anak menjadi kecil. Hal ini berarti ibu dengan HIV positif mempunyai peluang besar untuk memiliki anak HIV negatif. Beberapa kegiatan untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan pada ibu dengan HIV antara lain:

- a. Mengadakan KIE tentang HIV-AIDS dan perilaku seks aman
- b. Menjalankan konseling dan tes HIV untuk pasangan
- c. Melakukan upaya pencegahan dan pengobatan IMS
- d. Melakukan promosi penggunaan kondom

- e. Memberikan konseling pada perempuan dengan HIV untuk ikut KB dengan menggunakan metode kontrasepsi dan cara yang tepat
 - f. Memberikan konseling dan memfasilitasi perempuan dengan HIV yang ingin merencanakan kehamilan (Kemenkes RI, 2012).
3. Prong III Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu Hamil Dengan HIV Ke Bayi Yang Dikandungnya

Kegiatan prong tiga bertujuan untuk mengidentifikasi perempuan yang terinfeksi HIV, mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke anak pada periode kehamilan, persalinan dan paska persalinan. Pelayanan komprehensif kesehatan ibu dan anak 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 HIV pada anak (Kemenkes RI, 2012).

4. Prong IV Pemberian Dukungan Psikologi, Sosial Dan Perawatan Kepada Ibu Dengan HIV Beserta Anak Dan Keluarga

Beberapa hal yang mungkin dibutuhkan oleh ibu dengan HIV antara lain:

- a. Pengobatan ARV jangka panjang
- b. Pengobatan gejala penyakit yang ada

- c. Pemeriksaan kondisi kesehatan dan pemantauan terapi ARV (termasuk *cluster of differentiation 4 (CD4)* dan *viral load (VL)*) secara rutin
- d. Konseling dan dukungan kontrasepsi dan pengaturan kehamilan
- e. Informasi dan edukasi pemberian makanan bayi
- f. Pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik untuk ibu dan bayinya
- g. Penyuluhan kepada anggota keluarga tentang cara penularan HIV dan pencegahannya
- h. Layanan klinik dan rumah sakit yang bersahabat
- i. Kunjungan rumah (*home visit*)
- j. Dukungan teman-teman sesama HIV positif, terlebih sesama ibu dengan HIV
- k. Adanya pendampingan saat sedang dalam perawatan
- l. Dukungan dari pasangan dan orang-orang terdekat
- m. Dukungan kegiatan peningkatan ekonomi keluarga
- n. Dukungan perawatan dan pendidikan bagi anak (Kemenkes RI, 2012).

2.3 HIV (*Human Immunodeficiency Virus*)

2.3.1 Pengertian HIV

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan virus yang menginfeksi tubuh yang mengakibatkan gejala klinis menurunnya

sistem kekebalan tubuh yang disebut AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) (Kemenkes RI, 2012).

2.3.2 **Penyebab**

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menyebabkan penyakit AIDS (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

2.3.3 **Perjalanan Infeksi Virus**

Virus HIV memasuki tubuh seseorang maka tubuh akan terinfeksi dan virus mulai mereplikasi diri dalam sel orang tersebut (Sel limfosit T CD4 dan Makrofag). Virus HIV akan mempengaruhi sistem kekebalan tubuh dengan menghasilkan antibodi untuk HIV. Masa antara masuknya infeksi dan terbentuknya antibodi yang dapat dideteksi melalui pemeriksaan laboratorium adalah antara 2-12 minggu dan disebut masa jendela (*window period*). Selama masa jendela, pasien sangat infeksius sehingga mudah menularkan kepada orang lain meskipun hasil pemeriksaan laboratorium masih negatif (Kemenkes RI, 2012).

2.3.4 **Gejala Terinfeksi HIV**

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) dicurigai bila paling sedikit mempunyai dua gejala mayor dan satu gejala minor dan tidak terdapat sebab-sebab penekanan imun yang lain yang diketahui seperti kanker, malnutrisi berat atau sebab-sebab lain. Gejala mayor meliputi penurunan berat badan > 10% berat badan, diare kronis lebih dari satu bulan, demam lebih dari satu bulan. Gejala minornya yaitu batuk-batuk selama lebih dari satu bulan, gatal-gatal atau penyakit kulit (pruritus/dermatitis) seluruh tubuh, infeksi umum yang berulang seperti herpes zoster, infeksi jamur pada mulut dan faring, infeksi herpes simpleks yang lama dan meluas, pembesaran kelenjar limfa secara menyeluruh. Adanya kanker kulit (sarkoma kaposi) meluas atau *Meningitis cryptococcal* sudah cukup untuk menegakkan AIDS (Kemenkes RI, 2012)

2.3.5 Faktor Yang Berperan Dalam Penularan HIV Dari Ibu Ke Anak

Ada tiga faktor utama yang berpengaruh pada penularan HIV dari ibu ke anak yaitu:

1. Faktor ibu antara lain jumlah virus dalam tubuh, jumlah sel CD4, status gizi selama hamil, penyakit infeksi selama hamil dan gangguan pada payudara
2. Faktor bayi antara lain usia kehamilan dan berat badan bayi saat lahir, periode pemberian ASI, adanya luka di mulut bayi

3. Faktor obstetrik antara lain jenis persalinan, lama persalinan, ketuban pecah dini dan tindakan episiotomi (Kemenkes RI, 2012).

2.3.6 **Mengapa AIDS Perlu Perhatian Khusus**

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) perlu mendapat perhatian khusus karena vaksin masih dalam uji coba, AIDS dapat menyerang siapa saja (pria, wanita, tua, muda, anak-anak, janin dalam kandungan ibu yang terinfeksi, terutama usia produktif), orang yang terinfeksi HIV menjadi pembawa dan penular virus HIV selama hidupnya walaupun penderita tampak sehat serta kasus AIDS merupakan fenomena gunung es (menurut WHO satu kasus HIV, tersembunyi 100-200 orang) (Kemenkes RI, 2012).

2.3.7 **Mitos Seputar HIV-AIDS Yang Beredar Di Masyarakat**

1. HIV-AIDS adalah penyakit orang homoseksual
2. HIV-AIDS adalah penyakit orang barat/turis
3. HIV-AIDS merupakan penyakit kutukan Tuhan
4. Menular hanya melalui hubungan seksual
5. Dapat menular melalui kontak seksual biasa
6. Orang yang terinfeksi HIV-AIDS tidak memiliki harapan hidup dan masa depan (Kemenkes RI, 2012).

2.3.8 **Cara Penularan HIV**

Virus HIV dapat masuk ke dalam tubuh melalui tiga cara yaitu hubungan seksual; pajanan oleh darah, produk darah atau organ dan

jaringan yang terinfeksi termasuk terpajan jarum suntik yang telah terinfeksi HIV; penularan dari ibu ke anak (Kemenkes RI, 2012).

2.3.9 Waktu Dan Risiko Penularan HIV Pada Ibu Hamil

Waktu penularan HIV dari ibu ke anak dapat terjadi selama hamil (5-10%), melahirkan (10-20%) dan saat menyusui (5-20%) (Kemenkes RI, 2012).

2.3.10 Perilaku Berisiko Tertular HIV

Perilaku berisiko adalah perilaku individu yang memungkinkan tertular virus HIV. Sejumlah perilaku risiko yang dimaksud adalah berhubungan seksual yang tidak aman (tidak memakai kondom), berganti-ganti pasangan seksual, berganti-ganti jarum suntik dan alat lain yang kontak dengan darah dan cairan tubuh dengan orang lain (Kemenkes RI, 2012).

2.3.11 Hubungan IMS Dan HIV-AIDS

Infeksi Menular Seksual seperti sifilis, gonoroe, ulkus mole, kondilomata, herpes simpleks genitalis, flour albus merupakan pintu masuk HIV karena adanya peradangan dan perlukaan pada alat kelamin. Hubungan seksual yang tidak menggunakan kondom memperbesar risiko tertular HIV (Kemenkes RI, 2012).

2.3.12 Cairan Tubuh Yang Tidak menularkan HIV

Cairan tubuh yang tidak menularkan HIV antara lain keringat, air mata, air liur/ludah dan air kencing (Kemenkes RI, 2012).

2.3.13 **Hal-Hal Yang Tidak Menularkan HIV**

Human Immunodeficiency virus (HIV) tidak ditularkan melalui hidup serumah, tidur bersama, bersalaman, berpelukan, bersentuhan, berciuman, penggunaan toilet umum, kolam renang, alat makan dan minum secara bersama, ataupun gigitan serangga seperti nyamuk (Kemenkes RI, 2012).

2.3.14 **Cara Pencegahan Penularan HIV**

Kita dapat melakukan pencegahan penularan HIV dengan berbagai cara sederhana antara lain berperilaku seks yang aman (abstinen, saling setia, seks dengan menggunakan kondom), mencegah penularan melalui alat-alat yang tercemar dengan prinsip kewaspadaan universal, pencegahan pada transfusi darah dengan skrining donor dan pencegahan penularan dari ibu ke anak melalui program PMTCT (Kemenkes RI, 2012).

2.3.15 **Diagnosis HIV**

Status HIV dapat diketahui dengan melakukan tes HIV di semua layanan kesehatan yang ada, baik secara sukarela maupun inisiatif dari petugas berdasarkan kondisi klien. Layanan tes HIV bisa dilakukan di klinik VCT dan PMTCT yang didahului oleh proses konseling pada waktu pre-tes dan paska-tes (Kemenkes RI, 2012).

2.3.16 Pengobatan ARV

Pengobatan ARV jangka panjang, teratur dan disiplin, penularan HIV dari ibu ke anak bisa diturunkan hingga 2% (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012). ARV sudah terbukti dapat menghambat replikasi virus sehingga kadar virus dalam darah yang menginfeksi sel kekebalan tubuh atau CD4 menurun dan akibatnya kekebalan tubuh mulai pulih atau meningkat (Kemenkes RI, 2012).