

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses pembuahan dalam rangka melanjutkan keturunan yang terjadi secara alami, menghasilkan janin yang tumbuh di dalam rahim ibu (Kemenkes RI, 2015).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Syarifudin, 2010).

2. Diagnosis Kehamilan

Menurut Kemenkes RI (2015) ditinjau dari umur kehamilan dibagi menjadi dalam 3 bagian yaitu :

- a. Kehamilan triwulan pertama (umur antara 0 sampai 12 minggu)
- b. Kehamilan triwulan kedua (umur antara 12 sampai 28 minggu)
- c. Kehamilan triwulan terakhir (umur antara 28 sampai 40 minggu)

Bila hasil konsepsi dikeluarkan dari cavum uteri pada kehamilan di bawah 20 minggu disebut abortus (keguguran). Bila hal ini terjadi di bawah umur kehamilan 36 minggu disebut partus prematurus (persalinan prematur). Kelahiran dari umur kehamilan 38 minggu sampai 40 minggu disebut partus aterm.

3. Tanda dan Gejala Kehamilan

Menurut Wiknjosastro (2015) tanda dan gejala kehamilan yaitu :

a. Tanda-tanda presumtif :

- 1) *Amenorea* (tidak dapat haid)
- 2) Mual dan muntah
- 3) Mengidam (ingin makan khusus)
- 4) Konstipasi
- 5) Sering kencing
- 6) Pingsan dan mudah lelah
- 7) Tidak nafsu makan

b. Tanda- tanda kemungkinan hamil

- 1) Perut membesar
- 2) Perubahan payudara (payudara tegang dan membesar)
- 3) Reaksi kehamilan positif
- 4) Perubahan organ-organ pelvik :
 - a. Tanda *Chadwick* = vagina livid, terjadi kira-kira minggu ke-6
 - b. Tanda *Hegar* = segmen bawah uterus lembek pada perabaan
 - c. Tanda *Piscaseck* = uterus membesar ke salah satu jurusan
 - d. Tanda *Braxton-Hicks* = uterus berkontraksi bila dirangsang

b. Tanda pasti (tanda positif)

- 1) Pada palpasi dirasakan bagian janin dan ballottement serta gerak janin.
- 2) Pada auskultasi terdengar bunyi Denyut Jantung Janin (DJJ), dengan stetoskop *Leannec* Denyut Jantung Janin (DJJ) terdengar pada usia

kehamilan 18-20 minggu dan dengan alat *Doppler* Denyut Jantung Janin (DJJ) terdengar pada usia kehamilan 12 minggu.

3) Dengan *ultrasonografi* (USG) atau scanning dapat dilihat gambaran janin.

4. Cara Memelihara Kehamilan

Menurut Manuaba (2015), cara memelihara kehamilan adalah sebagai berikut :

- a. Memeriksa diri ke petugas kesehatan minimal 4 kali selama kehamilannya.
- b. Minum tablet tambah darah untuk mencegah kurang darah, paling sedikit 1 kali selama 90 hari selama kehamilan, dan melaksanakan secepatnya mungkin setelah kehamilan diketahui.
- c. Mendapat imunisasi tetanus toksoid (TT) 2 kali sebelum umur kehamilan 8 bulan.
- d. Menggosok gigi 2 kali sehari sesudah sarapan pagi dan sebelum tidur malam dengan menggunakan pasta gigi.
- e. Merawat dan memijat payudara setelah usia kehamilan 7 bulan, agar ASI-nya banyak.
- f. Cukup istirahat dan tidak boleh bekerja terlalu berat.
- g. Untuk ibu hamil didaerah endemik gondok, ibu hamil perlu minum 1 kapsul minyak beryodium menurut petunjuk petugas kesehatan.
- h. Makan 1-2 porsi tambahan setiap harinya, diusahakan makanan terdiri dari lauk pauk, sayuran, buah-buahan, dan gunakan garam beryodium.

- i. Ibu hamil yang sehat bertambah berat badannya minimal 8 kg selama kehamilan. Pada saat usia kehamilan diatas 7 bulan, penambahan berat badan paling tidak 3 kg.

5. Perubahan Pada Wanita Hamil

Menurut Syaifudin (2010) perubahan pada wanita hamil dapat dilihat dari perubahan fisik dan psikologisnya :

1) Perubahan fisik

a. Perubahan pada sistem reproduksi

a) Uterus

Ukuran uterus pada kehamilan cukup bulan : 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 400 cc dan berat uterus dari 30 – 50 gr menjadi 1000gr pada akhir kehamilan.

b) Vagina dan Vulva

Oleh karena pengaruh estrogen, vagina dan vulva kelihatan lebih merah atau kebiru-biruan, tanda ini disebut tanda Chadwick dan porsio pun tampak kebiru-biruan.

b. Perubahan pada organ dan sistem lainnya

a) Sistem Sirkulasi Darah

Volume darah bertambah kira-kira 25 % dan plasma darah naik kira-kira 40 %.

b) Sistem Pernapasan

Diafragma terdesak ke atas terjadi kompensasi karena pelebaran dari rongga thorax, sehingga wanita hamil sering merasa sesak.

c) Kulit

Timbul flek hitam pada muka (*Cloasma gravidarum*), garis hitam pada perut (*linea nigra striae*) dan puting, *areola mammae* bertambah gelap.

d) Payudara (*mammae*)

Selama kehamilan *mammae* bertambah besar, tegang dan beratnya bertambah dan sudah menghasilkan kolostrum.

2) Perubahan psikologis

1) Trimester Pertama

Segera setelah hasil konsepsi kadar hormone progesterone dan estrogen dalam tubuh meningkat dan ini menimbulkan mual dan muntah pada pagi hari, lemah, lelah dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan sering kali membenci kehamilannya. Banyak ibu yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan. Sering kali, biasanya pada awal kehamilannya, ibu berharap untuk tidak hamil.

2) Trimester Kedua

Trimester kedua biasanya adalah saat ibu merasa sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Perut ibu belum terlalu besar sehingga belum dirasakan sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energy dan pikirannya secara lebih konstruktif.

Pada trimester ini ibu dapat merasakan gerakan bayinya, dan ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seseorang di luar dari dirinya sendiri. Banyak ibu merasa terlepas dari rasa kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakan pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido.

3) Trimester Ketiga

Trimester ketiga sering kali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Ibu sering merasa khawatir atau takut kalau bayi yang akan dilahirkan tidak normal. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan.

Trimester ketiga merupakan waktu persiapan yang aktif terlihat dalam menanti hari kelahiran dan menjadi orang tua, sementara perhatian wanita terfokus pada bayi yang akan segera dilahirkan. Sejumlah ketakutan muncul pada trimester ke tiga. Wanita mungkin akan merasa cemas dengan kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri terkait persalinan dan kelahiran (nyeri, kehilangan kendali)

Pada trimester ini ibu juga mengalami proses duka lain karena uterusnya yang penuh tiba-tiba akan mengempis dan ruang tersebut akan kosong. Depresi ringan merupakan hal yang umum terjadi dan wanita dapat menjadi lebih bergantung pada orang lain yang lebih lanjut dan lebih menutup diri karena perasaan rentannya.

Secara psikis ibu primigravida trimester III mempunyai beban psikologis saat kehamilan yang akan mempengaruhi pikirannya terhadap kesehatan janin, dimana ada pikiran akan terjadi kecacatan pada janin, sedangkan secara fisiologis ibu hamil cemas akan terjadinya perdarahan sewaktu hari kelahiran, nyeri saat melahirkan,

takut terjadi kram perut dan cemas akan pecahnya air ketuban. Dengan adanya stresor keadaan tersebut menyebabkan kecemasan pada ibu hamil. Disamping itu, ibu primigravida dimana kehamilan dan proses kelahiran merupakan pengalaman pertama kali dalam kehidupannya. Ibu primigravida belum mempunyai pengalaman dalam menghadapi proses kelahiran janinnya sehingga akan meningkatkan tingkat kecemasan ibu tersebut.

6. Anjuran untuk ibu hamil

Menurut Kusmiati (2014) anjuran yang perlu disampaikan pada ibu hamil antara lain sebagai berikut:

a. Makanan atau diet ibu hamil

Makanan atau diet ibu hamil perlu mendapatkan perhatian karena selama kehamilan makanan dibutuhkan bagi ibu hamil untuk menyesuaikan perubahan fisik selama kehamilan dan sumber tenaga bagi ibu dalam melakukan aktivitas dan persiapan persalinan dan laktasi. Sedangkan makanan berfungsi juga bagi bayi dalam masa tumbuh kembang didalam rahim ibu.

Pada awal kehamilan karena ibu sering mual, muntah dianjurkan diet makan sedikit tapi sering, sedangkan pada pertengahan kehamilan nafsu makan ibu meningkat perlu diperhatikan sumber makanan yang banyak mengandung protein dan vitamin untuk pembentukan dan pertumbuhan janin dan penyesuaian tubuh ibu dan pada akhir kehamilan ibu merasa sering lapar sehingga diharapkan ibu tidak makan dalam porsi yang berlebihan.

b. Hygienis selama kehamilan

Ibu hamil sangat penting memperhatikan kebersihan seluruh bagian tubuhnya terutama didaerah alat reproduksi dan mammae untuk persiapan persalinan dan menyusui. Baik mandi maupun pakaian yang sesuai untuk ibu hamil.

c. Buang air kecil/buang air besar

Kehamilan sering menyebabkan ibu merasa sering kencing sehingga perlu mengatur minum terutama pada malam hari dan tidak dianjurkan ibu menahan kencing. Kehamilan menyebabkan obstipasi atau sembelit sehingga sangat dianjurkan ibu untuk minum tablet fe bersama vitamin C dan dilakukan pada malam hari dan makan yang banyak mengandung serat misalnya sayuran.

d. Perawatan payudara

Perawatan payudara dari dalam tubuh ibu hamil dilakukan dengan makan makanan yang sehat sedangkan dari luar dibersihkan sertiap kali mandi terutama disekitar areola mammae dan putting susu.

e. Hubungan seksual

Kehamilan bukan merupakan halangan hubungan seksualitas. Pada awal kehamilan hubungan seks harus dilakukan dengan hati-hati dan tidak dianjurkan pada ibu hamil yang memiliki riwayat pernah mengalami keguguran. Pada akhir kehamilan juga dianjurkan untuk berhati-hati melakukan hubungan seks karena dapat menyebabkan kantung ketuban dapat pecah didalam sperma terdapat prostaglandin yang dapat merangsang kontraksi uterus.

f. Peranan suami dalam kehamilan

Peran suami dalam kehamilan sangat penting. Selama kehamilan ibu sangat membutuhkan dukungan dari suami baik secara fisik, psikologis, sosial dan ekonomi.

B. *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)

1. Definisi

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah sejenis virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dan dapat menimbulkan AIDS. HIV menyerang salah satu jenis dari sel-sel darah putih yang bertugas menangkai infeksi. Sel darah putih tersebut terutama limfosit yang memiliki CD4 sebagai sebuah marker atau penanda yang berada di permukaan sel limfosit. Karena berkurangnya nilai CD4 dalam tubuh manusia menunjukkan berkurangnya sel-sel darah putih atau limfosit yang seharusnya berperan dalam mengatasi infeksi yang masuk ke tubuh manusia. Pada orang dengan sistem kekebalan yang baik, nilai CD4 berkisar antara 1400-1500. Sedangkan pada orang dengan sistem kekebalan yang terganggu (misal pada orang yang terinfeksi HIV) nilai CD4 semakin lama akan semakin menurun (bahkan pada beberapa kasus bisa sampai nol) (Listiana, 2017).

AIDS didefinisikan sebagai suatu sindrom atau suatu kondisi klinis yang disebabkan oleh infeksi virus *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). AIDS juga didefinisikan sebagai infeksi HIV dengan indikator penyakit penyerta meliputi 1) infeksi oportunistik tertentu; 2) kanker tertentu, seperti sarkoma Kaposi, limfoma dan karsinoma servikalis atau anal invasif; 3) sindroma pelisutan ; 4) penyakit neurologis penyerta; dan 5) pneumonia berulang; atau infeksi HIV dan $CD4 < 200$ (atau $CD4\% < 14$) (Anggita, 2016).

2. Penularan HIV

HIV ditularkan dari orang ke orang melalui pertukaran cairan tubuh, termasuk darah, semen, cairan vagina, dan air susu. Urine dan isi saluran cerna tidak dianggap sebagai sumber penularan kecuali apabila jelas tampak mengandung darah. Air mata, air liur, dan keringat mungkin mengandung virus, tetapi jumlahnya diperkirakan terlalu rendah untuk menimbulkan infeksi. Individu akan beresiko tinggi terinfeksi HIV bila bertukar darah dengan orang yang terinfeksi. Melalui transfusi atau jarum suntik yang terkontaminasi. Paparan ke jarum suntik yang tercemar dapat terjadi secara tidak sengaja di fasilitas pelayanan kesehatan atau melalui tukar menukar jarum selama pemakaian obat intravena (IV) (Smeltzer, 2016).

Resiko terinfeksi setelah tertusuk jarum terinfeksi secara tidak sengaja adalah sangat rendah (0,32%). Resiko terinfeksi setelah terpajan tunggal ke alat injeksi obat yang terkontaminasi lebih tinggi (0,67%). Walaupun resiko terinfeksi dari transfusi darah tercemar sangat tinggi (hampir 100%), persediaan darah di negara-negara maju secara rutin diperiksa untuk mencari adanya antibodi terhadap HIV. HIV juga beresiko dialami oleh mereka yang terpajan ke semen atau cairan vagina sewaktu berhubungan kelamin dengan orang yang terinfeksi. Sebagian besar resiko terinfeksi HIV melalui hubungan kelamin dialami oleh pria yang berhubungan melalui anus dengan pria lain (homoseksual). Peluang terinfeksi HIV pada pria homoseks dengan hubungan yang tak terlindung mencapai 0,8% sampai 3,2%. Wanita yang terjangkit HIV dapat menularkan infeksiya kepada janin melalui plasenta, biasanya selama trimester ketiga, atau setelah bayi terpajan ke darah atau cairan amnion yang tercemar sewaktu proses persalinan. Bayi yang lahir dari ibu

pengidap HIV yang tidak ditangani memiliki sekitar 25% kemungkinan terinfeksi oleh virus tersebut (Price, 2016).

3. Manifestasi klinis dari infeksi HIV/AIDS

Masa inkubasi HIV adalah waktu dari terjadinya infeksi sampai munculnya gejala penyakit yang ditimbulkan HIV yang pertama pada pasien. Pada infeksi HIV hal ini sulit diketahui. Dari penelitian pada sebagian besar kasus dikatakan masa inkubasi rata-rata 5-10 tahun dan bervariasi sangat lebar, yaitu antara 6 bulan sampai dengan lebih dari 10 tahun. Walaupun tanpa gejala tetapi yang bersangkutan telah dapat menjadi sumber penularan. Dikatakan AIDS pada orang dewasa bila terdapat paling sedikit 2 gejala mayor dan 1 gejala minor dan tidak ada sebab-sebab immunosupresi yang lain seperti kanker, malnutrisi berat, atau pemakaian kortikosteroid yang lain. Gejala mayor tersebut adalah penurunan berat badan lebih dari 10%, diare kronik lebih dari 1 bulan, dan demam lebih dari 1 bulan (kontinu/intermitten). Sedangkan Gejala minor adalah batuk lebih dari 1 bulan, dermatitis prutik umum, herpes zoster recurrens, kandidiasis oro-faring, limfadenopati generalisata, dan herpes simpleks diseminata yang kronik progresif (Listiana, 2017).

Menurut Price (2016) manifestasi klinis infeksi HIV diklasifikasikan kedalam 4 kelompok, yaitu:

a. Infeksi akut

Sekitar 30-50% dari mereka yang terinfeksi HIV akan memperlihatkan gejala infeksi akut yang mirip dengan gejala infeksi mononukleosis, yaitu demam, sakit tenggorokan, letargi, batuk, mialgia, keringat malam, dan keluhan berupa nyeri

menelan, mual, muntah, dan diare. Selain itu ditemukan pembengkakan kelenjar limfe leher, faringitis, macular rash, dan aseptik meningitis yang akan sembuh dalam 6 minggu. Patogenesis simtom ini tidak jelas diketahui, tetapi sangat mungkin akibat adanya reaksi imun yang aktif terhadap masuknya HIV dalam darah. Saat ini mungkin pemeriksaan antibodi HIV masih negatif, tetapi pemeriksaan Ag p24 sudah positif. Penderita pada saat ini dikatakan sangat infeksius.

b. Infeksi kronik asimtomatik

Fase akut akan diikuti fase kronik asimtomatik yang lamanya bisa bertahun-tahun. Walaupun tidak ada gejala, virus masih dapat diisolasi dari darah pasien. Hal ini berarti pasien infeksius. Pada fase ini terjadi replikasi lambat pada sel-sel tertentu dan laten pada sel-sel lain. Aktivitas HIV tetap terjadi dan ini dibuktikan dengan menurunnya fungsi sistem imun dari waktu ke waktu.

c. Pembengkakan kelenjar Limfe

Pada kebanyakan kasus, gejala pertama yang muncul adalah PGL. Ini menunjukkan adanya hiperaktivitas sel limfosit B dalam kelenjar limfe, dapat persisten bertahun-tahun dan pasien tetap merasa sehat. Terjadi progresif bertahap dari adanya hiperplasia folikel dalam kelenjar limfe sampai timbulnya involusi dengan adanya invasi sel limfosit T8. Ini merupakan reaksi tubuh untuk menghancurkan sel dendritik folikel yang terinfeksi HIV. Di samping itu infeksi pada otak juga sering terjadi.

d. Penyakit-penyakit infeksi sekunder (infeksi oportunistik)

Dengan menurunnya sel limfosit T4, makin jelas tampak gejala klinis yang dapat dibedakan menjadi beberapa keadaan, yaitu :

- 1) Gejala dan keluhan yang disebabkan oleh hal-hal tidak langsung berhubungan dengan HIV, seperti: diare, demam lebih dari 1 bulan, keringat malam, rasa lelah berlebihan, batuk kronik lebih dari 1 bulan, dan penurunan berat badan 10% atau lebih. Apabila yang mencolok adalah penurunan berat badan, maka ini merupakan salah satu indikator AIDS.
- 2) Gejala langsung akibat HIV, seperti : miopati, neuropati perifer, dan penyakit susunan saraf otak. Hampir 30% penderita dalam stadium akhir AIDS akan menderita demensia kompleks, yaitu menurun sampai hilangnya daya ingat, gangguan flingsi motorik dan kognitif, sehingga pasien sulit berkomunikasi dan tidak bisa jalan.
- 3) Infeksi oportunistik dan neoplasma : pada stadium kronik simtomatik ini sangat sedikit keluhan dan gejala yang benar-benar langsung akibat HIV. Sebagian besar adalah akibat menurunnya sel limfosit T4, sehingga dengan terganggunya sentral sistem imun seluler ini, maka infeksi oportunistik yang sering dialami adalah infeksi virus, parasit, dan mikrobakterium. Neoplasma yang dikenal sebagai penyakit indikator AIDS adalah Sarkoma kaposi dan Limfoma sel B.

4. Infeksi Oportunistik

Infeksi oportunistik merupakan infeksi oleh bakteri, virus, jamur, atau parasit yang terjadi pada saat sistem imun tubuh sedang menurun (*Immunocompromised*). Virus HIV akan menyebabkan sel imun seluler (limfosit T/CD4, makrofag, dendrit) akan

berkurang atau tidak berfungsi demikian pula sel imun humoral (sel limfosit B, Ig) akan terganggu fungsinya secara tidak langsung. Pada akhirnya akan menyebabkan menurunnya sistem imun tubuh (*immunocompromised*). Jumlah sel CD4 merupakan parameter umum dalam merefleksikan keadaan penurunan sistem imun pada penderita HIV (Smeltzer, 2016).

5. Infeksi oportunistik dan CD4

Hitung CD4 pada penderita HIV merupakan gambaran sejauh mana progresivitas penyakitnya. Infeksi oportunistik terjadi seiring menurunnya CD4 pada penderita HIV. CD4 <200 sel/mm³ akan meningkatkan risiko infeksi oportunistik. CD4 yang rendah berkaitan dengan rendahnya respons imun terhadap infeksi dan juga pembentukan antibodi terhadap virus HIV. Pemulihan sistem imun juga akan terganggu pada penderita HIV yang memulai terapi ARV pada saat CD4 sangat rendah, diperlukan waktu lebih lama untuk meningkatkan jumlah CD4 dibandingkan dengan yang memulai terapi ARV pada CD4 yang lebih baik. Penelitian Indah M dkk mendapatkan risiko kematian pada penderita HIV dengan CD4 <50 sel/mm³ meningkat 3 kali lipat dibandingkan dengan CD4 >50 sel/mm³. Hubungan antara CD4 dan kemungkinan infeksi oportunistik yang bisa terjadi dapat dilihat pada tabel 2.1

Tabel 2.1
Hubungan hitung CD4 dengan infeksi oportunistik

Jumlah CD4	Komplikasi Infeksi	Komplikasi noninfeksi
-------------------	---------------------------	------------------------------

>500/mm ³	Sindroma retroviral akut Vaginitis kandida	Limfadenopati generalisata Sindrom Guillain-Barre Miopati Meningitis aseptik
200 – 500/mm ³	Pneumonia Tuberkulosis (TB) Herpes zooster Kandidiasis orofaring Sarkoma Kaposi	Neoplasma serviks Limfoma sel B Anemia, ITP Mononeuronal multipleks Limfoma Hodgkin's
<200/mm ³	Pneumonia Pneumocystis carinii Histoplasma & coccidioidomycosis TB milier dan ekstrapulmoner Progressive multifocal leukoencephalopathy	Sindrom Wasting Neuropati perifer Demensia - HIV Kardiomiopati Vakuolar mielopati Poliradikulopati progresif Limfoma non Hodgkin's
<100/mm ³	Herpes simpleks Toksoplasma gondii Cryptococcosis Esofagitis kandida	
<50/mm ³	Sitomegalovirus (CMV) Mycobacterium avium complex (MAC)	Limfoma pada SSP

(sumber: Anggita, 2016)

6. Jenis-jenis infeksi oportunistik pasien HIV/ AIDS

a. Tuberculosis (TBC)

Tuberkulosis adalah infeksi penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis*, suatu basil aerobik tahan asam, yang ditularkan melalui udara (airbone). Pada hampir semua kasus, infeksi tuberkulosis didapat melalui inhalasi partikel kuman yang cukup kecil (sekitar 1-5µm). Droplet dikeluarkan selama batuk, tertawa, atau bersin. Nukleus yang terinfeksi kemudian terhirup oleh individu yang rentan (hospes). Sebelum infeksi pulmonari dapat

terjadi, organisme yang terhirup terlebih dahulu harus melawan mekanisme pertahanan paru dan masuk ke jaringan paru (Gede & Effendy, 2016).

Manifestasi klinis individu yang terinfeksi tuberkulosis adalah asimtomatis. Pada individu lainnya, gejala berkembang secara bertahap sehingga gejala tersebut tidak dikenali sampai penyakit telah masuk tahap lanjut. Bagaimanapun, gejala dapat timbul pada individu yang mengalami immunosupresif dalam beberapa minggu setelah terpajan oleh basil. Manifestasi klinis yang umum termasuk keletihan, penurunan berat badan, letargi, anoreksia (kehilangan nafsu makan), dan demam ringan yang biasanya terjadi pada siang hari, “berkeringat malam”, dan ansietas umum sering tampak. Dispnea, nyeri dada, dan hemoptisis adalah juga temuan yang umum (Gede & Effendy, 2016).

Seperti HIV, TB harus diobati dengan kombinasi beberapa obat, untuk menghindari timbulnya resistansi. Ada lima pilihan obat yang biasanya dipakai di Indonesia, *Isoniazid (INH atau H)*, *Rifampisin (R)*, *Pirazinamid (Z)*, *Etambutol (E)*, *Streptomisin (S)*. Satu di antaranya (rifampisin) berinteraksi dengan *efavirenz* dan *nevirapine* (ARV jenis NNRTI). Pedoman saat ini mengusulkan jangan memakai nevirapine bersama rifampisin, sementara etavirenz harus ditingkatkan. Seperti dengan terapi antiretroviral (ART), ketidakpatuhan terhadap terapi TB meningkatkan risiko timbulnya resistansi. Selain obat anti-TB, juga diberikan Piridoksin, obat ini adalah vitamin B6, yang dipakai untuk mengurangi kejadian efek samping yang dapat disebabkan oleh INH (Brashers, 2016).

b. Virus sitomegalia (CMV)

Cyto Megalo Virus atau lebih sering disebut CMV adalah infeksi oportunistik yang berhubungan dengan penyakit HIV. Virus ini dibawa oleh sekitar 50% populasi dan 90% penderita dengan HIV. Sistem kekebalan yang sehat akan menyebabkan virus ini selalu dalam kendali kita. Ketika HIV memperlemah kekebalan kita, CMV dapat menyerang beberapa bagian tubuh (Juanda, 2016).

Cyto Megalo Virus (CMV) termasuk keluarga virus Herpes. Sekitar 50% sampai 80% orang dewasa memiliki antibody anti CMV. Infeksi primer virus ini terjadi pada usia bayi, anak-anak, dan remaja yang sedang kegiatan seksual aktif. Penderita infeksi primer tidak menunjukkan gejala yang khusus, tetapi virus hidup dengan status “laten” dalam tubuh penderita selama bertahun-tahun. (Juanda, 2016).

Seseorang yang terkena CMV ini biasanya diberi beberapa jenis obat yang berbentuk tablet dari *ganciclovir* untuk prevensi/profilaksi CMV, tetapi banyak dokter tidak menggunakannya. Tidak digunakannya obat seperti ini karena beranggapan tidak ingin menambah 12 kapsul per hari untuk pasiennya. Disamping itu, pengobatan melalui jenis ini belum menjamin ada manfaat bagi pasiennya. Namun, setelah penggunaan ART, pasien dapat berhenti memakai pengobatan CMV jika jumlah CD4-nya di atas 150 dan tetap begitu selama sedikitnya tiga bulan. Namun ada dua keadaan yang khusus: 1) sindrom pemulihan kekebalan dapat menyebabkan radang yang berat pada mata Odha walaupun sebelumnya tidak pernah sakit CMV. Dalam hal ini, biasanya pasien diberikan obat anti-CMV bersama dengan ART-nya; 2) Bila jumlah CD4 < 50, risiko penyakit CMV meningkat (Brashers, 2015).

c. Kandidiasis

Infeksi ini disebabkan oleh sejenis jamur yang umum, yang disebut kandida. Kandidiasis adalah infeksi oportunistik (IO) yang sangat umum pada orang terinfeksi HIV. Kandidiasis pada mulut, disebut *thrush*. Jamur ini, semacam ragi, ditemukan di tubuh kebanyakan orang. Sistem kekebalan tubuh yang sehat dapat mengendalikan jamur ini. Jamur ini biasa menyebabkan penyakit pada mulut, tenggorokan dan vagina. Bila infeksi menyebar lebih dalam pada tenggorokan, penyakit yang timbul disebut esofagitis. Gejalanya adalah gumpalan putih kecil seperti busa, atau bintik merah. Penyakit ini dapat menyebabkan sakit tenggorokan, sulit menelan, mual, dan hilang nafsu makan. Kandidiasis juga dapat menyebabkan retak pada ujung mulut, yang disebut sebagai klieilitis angularis. Kandidiasis adalah berbeda dengan seriawan, walaupun orang awam sering menyebutnya sebagai seriawan. Kandidiasis pada vagina disebut vaginitis. Gejala vaginitis termasuk gatal, rasa bakar dan keluarnya cairan kental putih. Kandida juga dapat menyebar dan menimbulkan infeksi pada otak, jantung, sendi, dan mata. Tidak ada cara untuk mencegah terpajan kandida (Anggita, 2016).

Umumnya, obat tidak dipakai untuk mencegah kandidiasis. Ada beberapa alasan; 1) Penyakit tersebut tidak begitu gawat, 2) Ada obat yang efektif untuk mengobati penyakit tersebut, 3) Jamur jenis ini dapat menjadi kebal (resistan) terhadap obat. Karena itu sangat penting untuk ODHA harus menguatkan sistem kekebalan tubuh dengan terapi antiretroviral (ART) adalah cara terbaik untuk mencegah jangkitan kandidiasis (Brashers, 2016).

Kandiasis dapat diobati dengan menjaga sistem kekebalan tubuh yang sehat supaya kandida tetap seimbang. Bakteri yang biasa ada di tubuh juga dapat membantu

mengendalikan kandida. Beberapa antibiotik membunuh bakteri ini dan dapat menyebabkan kandidiasis. Mengobati kandidiasis tidak dapat memberantas jamur itu. Pengobatan akan mengendalikan jamur agar tidak berlebihan. Pengobatan dapat lokal atau sistemik. Obat yang dipakai untuk memerangi kandida adalah *Kotrimazol*, *Nistatin*, *Flukonazol*, dan *Itrakonazol*. Pengobatan lokal termasuk olesan; supositoria yang dipakai untuk mengobati vaginitis; cairan; dan lozeng yang dilarutkan dalam mulut. Pengobatan sistemik diperlukan jika pengobatan lokal tidak berhasil, atau jika infeksi menyebar pada tenggorokan (esofagitis) atau bagian tubuh yang lain. Beberapa obat sistemik tersedia dalam bentuk pil. Efek samping yang paling umum adalah mual, muntah dan sakit perut. Kurang dari 20% orang mengalami efek samping ini. Kandidiasis dapat kambuh. Beberapa dokter meresepkan obat antijamur jangka panjang. Ini dapat menyebabkan resistansi. Beberapa kasus berat tidak menanggapi obat lain. Dalam keadaan ini, *Amfoterisin B* mungkin dipakai. Obat ini yang sangat manjur dan beracun, dan diberi secara oral atau secara intravena (infus) (Carter, 2016).

7. Perawatan Infeksi Oportunistik HIV/AIDS

a. Perawatan secara umum

Beberapa hal yang dapat dilakukan dalam perawatan di rumah berdasarkan pedoman nasional Kemenkes RI (2016) adalah seperti berikut:

- 1) Pemeriksaan fisik dan gigi: Pengobatan medis dan gigi lebih dini, menginformasikan ke petugas kesehatan tentang status imun dan jangan melakukan vaksinasi tanpa nasihat dari petugas kesehatan.

- 2) Perawatan kulit: mandi dengan pancuran atau selang air, menggunakan sabun cair atau *lotion* hanya sekali sehari, amati jika ada kulit yang terkelupas.
- 3) Perawatan rambut: mencuci rambut dengan hati-hati, dan sisir rambut menggunakan sisir, jangan memakai sikat rambut
- 4) Kebersihan lingkungan dan keamanannya: Bersihkan permukaan yang tercemar cairan tubuh dengan larutan klorin 0,5%, dekontaminasi linen yang tercemar dengan larutan klorin 0,5% sebelum dicuci, menempatkan alat tajam bekas sekali pakai ditempatkan pada wadah yang tertutup, tahan tusukan dan dilapisi plastik.
- 5) Perilaku seksual: melakukan hubungan seks yang aman dan sehat menggunakan kondom dan mendapatkan informasi tentang pendidikan seksual.
- 6) Cuci tangan: mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun, menggunakan krim bila ada dan menggunakan sarung tangan ketika melakukan pembersihan.
- 7) Nutrisi: Kebersihan dapur dipertahankan, mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang makanan, mencuci buah dan sayur dengan bersih dan sedapat mungkin gunakan air mengalir, mencuci alat dapur dengan sabun dan air mengalir memberikan diet tinggi protein dan tinggi kalori dan makanan secara bervariasi.

b. Perawatan khusus

- 1) Pengawasan gangguan kesehatan secara sederhana : mencatat suhu tubuh, tekanan darah dan pernapasan oleh keluarga agar mudah untuk dilakukan evaluasi oleh petugas kesehatan, mengjarkan pasien/keluarga bagaimana cara memberikan pengobatan sementara bila batuk, demam dan diare, bila berlanjut hubungi petugas kesehatan.
- 2) Keadaan darurat : bila terjadi kejang, penurunan kesadaran, perdarahan yang banyak keluarga harus segera menghubungi petugas kesehatan.
- 3) Perawatan infeksi oportunistik Tuberculosis HIV dengan ARV

Penatalaksanaan HIV dan TB secara bersamaan menjadi sulit karena beberapa obat antiretroviral berinteraksi dengan obat anti-TB dan/ dapat meningkatkan toksitas pengobatan TB. Penuntun pengobatan dijelaskan oleh Kemenkes RI (2016) seperti berikut :

- (1) TB Paru dengan jumlah CD4 < 50 atau TB diluar paru, bisa memulai OAT. Mulai ART dengan AZT+3TC+NVP segera setelah tidak ada keluhan dengan OAT.
- (2) TB Paru dengan jumlah CD4 50-200 atau limfosit total di bawah 1200. Bisa memulai OAT. Mulai ART dengan AZT+3TC+NVP dua bulan setelah terapi dimulai, jika CD4 masih di bawah 200 atau limfosit total masih di bawah 1200.
- (3) TB paru dan jumlah CD4 di atas 200 atau limfosit total diatas 1200. Mulai OAT. Mulai ART sesuai dengan indikasi.

Penderita yang sudah memakai ART dan terkena TB aktif harus menyesuaikan regimen agar sesuai dengan pengobatan TB.

8. Pemakaian terapi Ant Retro Virus (ARV)

Pada beberapa tahun terakhir ini, penatalaksanaan klinis penyakit HIV di negara maju berubah secara drastis dengan tersedianya obat antiretroviral (ARV). ARV bekerja langsung menghambat replikasi (penggandaan diri) HIV. Terapi Antiretroviral dengan mengkombinasi beberapa obat ARV bertujuan untuk mengurangi *viral load* (jumlah virus dalam darah) agar menjadi sangat rendah atau dibawah tingkat yang dapat terdeteksi untuk jangka waktu yang lama (Kemenkes RI, 2016). Tujuan terapi ARV dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas terkait HIV, memperbaiki mutu hidup penderita, memulihkan dan memelihara fungsi kekebalan, dan menekan replikasi virus semaksimal mungkin dalam waktu yang lama. Tiga golongan ARV yang tersedia di Indonesia :

- a. *Nucleosida Reverse Transcriptase Inhibitor* (NRTI) : obat ini dikenal sebagai analog nukleosida yang menghambat proses perubahan RNA virus menjadi DNA. Proses ini diperlukan agar virus dapat bereplikasi. Obat dalam golongan ini termasuk *zidovudine* (ZDV atau AZT), *lamivudine* (3TC), *didanosine* (DDI), *zalcitabine* (ddC), *stavudine* (d4T), dan *abacavir* (ABC).
- b. *Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NNRTI) : obat ini berbeda dengan NRTI walaupun juga menghambat proses perubahan RNA menjadi DNA. obat dalam golongan ini termasuk *nevirapine* (NVP), *efavirenz* (EFV), dan *delavirdine* (DLV).

- c. *Protease Inhibitor* (PI) : obat ini bekerja menghambat enzim protease yang memotong rantai panjang asam amino menjadi protein yang lebih kecil. obat dalam ini termasuk indinavir (IDV), *nilfinavir* (NFV), *saquinavir* (SQV), *ritonavir* (RTV), *amprenavir* (APV) , dan *lopinavir/ritonavir* (LPV/r).

ARV dapat juga dipakai untuk mencegah infeksi HIV misalnya setelah tusukan suntik yang tercemar HIV pada petugas kesehatan atau kasus perkosaan oleh tersangka yang dicurigai terinfeksi HIV. Ini disebut profilaksis pasca pajanan (PEP=*post exposurprophylaxis*). ARV juga dapat dipakai untuk mengurangi penularan HIV dari ibu ke bayi (Kemenkes RI, 2016).

9. Resistensi Antiretroviral (ARV)

Banyak ODHA yang sudah menjalani terapi tetapi masih belum mengerti secara jelas mengenai semua aspek pengobatannya, termasuk dampak dari kepatuhan, efek samping, dan kombinasi obat, atau bagaimana menjangkau obat tersebut. Namun pengetahuan dan kesadaran tinggi yang dibutuhkan agar Terapi Antiretroviral (ARV) tetap efektif memang tantangan yang luar biasa. Jadi sebelum mulai memakai ARV sangat penting untuk mengerti mengenai dasar ARV, bagaimana obat ini bekerja, bagaimana virus dapat menjadi kebal atau resistan terhadap obat yang dipakai, dan apa yang dapat dilakukan untuk mencegah timbulnya resistansi (Spiritia, 2017).

Pemberian ARV telah menyebabkan kondisi kesehatan ODHA menjadi jauh lebih baik. Infeksi kriptosporidiasis yang sebelumnya sukar diobati, menjadi jauh lebih mudah ditangani. Infeksi penyakit oppurtunistik lainnya yang berat, seperti infeksi

virus sitomegalo dan infeksi mikobakterium aptikal, dapat disembuhkan. Pneumonia *Pneumocystis carinii* pada ODHA yang hilang timbul, biasanya mengharuskan ODHA minum obat infeksi agar tidak kambuh. Namun sekarang dengan minum ARV teratur, banyak ODHA yang tidak memerlukan minum obat profilaksis terhadap pneumonia (Zubari Djoerban, 2016).

Obat ARV perlu diminum sesuai petunjuk dokter baik dosis maupun waktunya. Mengingat bahwa HIV adalah virus yang selalu bermutasi, maka jika kita tidak mematuhi aturan pemakaian obat ARV, HIV yang berada di dalam tubuh kita bisa menjadi resisten terhadap obat itu. Dengan kata lain, obat yang kita konsumsi tidak bisa lagi memperlambat laju penyakit HIV menuju ke tahap AIDS, sehingga perlu diganti dengan obat lain yang mungkin lebih mahal atau lebih sulit diperoleh. HIV juga dapat menjadi resisten terhadap sejenis obat bila tingkat darah obat tersebut terlalu rendah untuk menghentikan reproduksi virus. Selagi HIV terus bereproduksi, jenis-jenis virus yang mampu reproduksi tanpa terpengaruh obat (jenis yang resisten terhadap obat) menjadi lebih unggul dari pada jenis yang sensitive terhadap obat dan akan menjadi dasar bagi populasi HIV yang baru di dalam tubuh (Spiritia, 2016).

Resistensi HIV terjadi apabila terjadi mutasi atau perubahan pada struktur genetic HIV, sehingga HIV menjadi kuat melawan obat antiretroviral (ARV) tertentu. Dengan kata lain, terjadinya perubahan genetic yang memungkinkan HIV terus melakukan replikasi walaupun pasien menjalani terapi antiretroviral. Idealnya, setiap sel baru hasil proses replikasi yang terjadi didalam tubuh sama persis seperti sel awal yang direplikasi. Tapi kadang-kadang terjadi kesalahan kecil di dalam

sebuah sel yang kemudian terbawa pada sel baru. Sampai pada suatu saat, sel-sel yang mengandung kesalahan-kesalahan kecil ini menjadi banyak. Perubahan kecil di dalam komposisi genetic sel disebut “mutasi”. Mutasi sering terjadi pada HIV karena cepatnya proses replikasi sel berlangsung dan ketidak hadirannya mekanisme untuk memperbaiki kesalahan-kesalahan ini (Zubari Djoerban, 2016). Mutasi menyebabkan HIV menjadi mampu melawan obat ARV. Dengan kata lain, telah terjadi resistensi HIV. Biasanya, mutasi terjadi di dalam sel apabila terjadi kondisi tertentu atau disebabkan oleh faktor tertentu. Misalnya stress akibat lingkungan, paparan terhadap toksin (racun di dalam tubuh), paparan terhadap berbagai obat secara berulang-ulang. Tapi seringkali, resistensi timbul akibat ketidak patuhan terhadap ARV atau terputusnya terapi ARV. Terputusnya terapi ini bisa disebabkan karena pasien merasa lebih fit sehingga beranggapan tidak perlu meneruskan terapinya, atau bisa juga karena penyediaan obat terhenti. Walaupun kebanyakan replikasi HIV dapat dicegah oleh obat ARV, beberapa virus tetap mengalami mutasi sehingga mengakibatkan berlipat gandanya salah satu lini (strain) yang resisten ini, maka obat ARV menjadi berkurang efektifitasnya (Zubari Djoerban, 2016).

10. Kehamilan dengan HIV/AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah retrovirus RNA yang dapat menyebabkan penyakit klinis, yaitu *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). Transmisi dari ibu ke anak merupakan sumber utama penularan infeksi HIV pada anak dengan frekuensi mencapai 25-30%. Hal ini terjadi akibat terpaparnya intrapartum terhadap darah maternal, sekresi saluran genital yang terinfeksi dan

ASI. Kombinasi terapi ARV yang tepat dan persalinan dengan elektif seksio caesarean terbukti dapat menurunkan prevalensi transmisi infeksi HIV dari ibu ke anak dan mencegah komplikasi obstetrik secara signifikan. Konseling dan *follow up* dengan dokter spesialis dari awal kehamilan sampai persalinan juga sangat dianjurkan (Carter, 2016).

Pada tahun 2001, *United Nations General Assembly Special Session* untuk HIV/AIDS berkomitmen untuk menurunkan 50% proporsi infeksi HIV pada bayi dan anak pada tahun 2010. Program tersebut termasuk intervensi yang berfokus pada pencegahan primer infeksi HIV pada wanita dan pasangannya, pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada wanita infeksi HIV, pencegahan transmisi dari ibu ke anak, pengobatan, perawatan serta bantuan bagi wanita yang hidup dengan HIV/AIDS, anak dan keluarga mereka. Oleh karena itu, untuk memberantas transmisi vertical HIV yang terus meningkat diperlukan penatalaksanaan yang tepat pada ibu dan bayi selama masa antepartum, intrapartum dan postpartum (Townsend, 2016).

Menurut Spiritia (2017) tata laksana ibu hamil dengan HIV/AIDS adalah sebagai berikut:

a. Tata Laksana Prenatal

Sebelum konsepsi, wanita yang terinfeksi sebaiknya melakukan konseling dengan dokter spesialis. Program ini membantu pasien dalam menentukan terapi yang optimal dan penanganan obstetrik, seperti toksisitas ARV yang mungkin terjadi, diagnosis prenatal untuk kelainan kongenital (malformasi atau kelainan kromosomal) dan menentukan cara persalinan yang boleh dilakukan.^{7,8} Wanita

yang terinfeksi disarankan untuk melakukan servikal sitologi rutin, menggunakan kondom saat berhubungan seksual, atau menunggu konsepsi sampai plasma viremia telah ditekan. Profilaksis terhadap PCP tidak diperlukan, tetapi infeksi oportunistik yang terjadi harus tetap diobati.⁷ Status awal yang harus dinilai pada ibu hamil dengan infeksi HIV adalah riwayat penyakit HIV berdasarkan status klinis, imunologis (jumlah CD4 <400/ml) dan virologis (viral load tinggi).^{4,6} Riwayat pengobatan, operasi, sosial, ginekologi dan obstetrik sebelumnya harus dilakukan pada kunjungan prenatal pertama. Pemeriksaan fisik lengkap penting untuk membedakan proses penyakit HIV dengan perubahan fisik normal pada kehamilan (Carter, 2016).

b. Intervensi untuk Mencegah Progresifitas HIV Pada Ibu Hamil.

Highly active anti-retroviral therapy (HAART) adalah kemoterapi antivirus yang disarankan oleh WHO untuk ibu hamil sebagai pengobatan utama HIV selama masa kehamilan dan postpartum. Selain memperbaiki kondisi maternal, HAART terbukti dapat mencegah transmisi perinatal yaitu dengan mengurangi replikasi virus dan menurunkan jumlah *viral load* maternal (Smeltzer, 2016).

Obat pilihan pertama yang boleh digunakan untuk ibu hamil adalah lamivudine (3TC) 150 mg dan zidovudine (ZDV) 250 mg untuk golongan *nucleoside reverse transcriptase inhibitors* (NRTIs), nevirapine (NVP) 200 mg untuk golongan non-NRTIs (NNRTIs), indinavir 800 mg dan nelfinavir 750 mg untuk golongan *protease inhibitors* (PI).² Obat-obatan ini terbukti memiliki potensi teratogenik dan efek samping maternal yang sangat minimal. Sasaran terapi ARV pada kehamilan adalah untuk menjaga *viral load* dibawah 1000 kopi/ml. Kombinasi terapi ARV

dianjurkan untuk semua kasus yaitu 2 NRTIs/NNRTIs dengan 1 PI.3,5 Berhubung ZDV merupakan satu-satunya obat yang menunjukkan penurunan transmisi perinatal, obat ini harus digunakan kapan saja memungkinkan sebagai bagian dari HAART. Apabila *viral load* <10,000 kopi/mL, monoterapi ZDV 250 mg dapat diberikan secara oral 2x sehari, dimulai antara umur kehamilan 20 sampai 28 minggu. Jika wanita yang terinfeksi HIV ditemukan pada proses kelahiran, baik dengan status HIV positif sebelumnya atau dengan hasil *rapidtest*, lebih dari satu pilihan pengobatan tersedia, tetapi semua harus termasuk infus ZDV (Carter, 2016). Ibu hamil yang terinfeksi HIV dan tidak pernah mendapatkan terapi ARV, HAART harus dimulai secepat mungkin, termasuk selama trimester pertama. Pada kasus dimana ibu hamil yang sebelumnya mengkonsumsi HAART untuk kesehatannya sendiri, harus melakukan konseling mengenai pemilihan obat yang tepat. Efek samping obat terlihat meningkat pada ibu hamil dengan jumlah sel T CD4+ <250/mL. Misalnya pada ibu dengan CD4 <200/ml yang sebelumnya mendapat pengobat *single dose* NVP, ritonavir-boosted lapinavir ditambah tenofovir-emtricitabine, diganti dengan NVP ditambah tenofovir-emtricitabine sebagai terapi awal. Oleh karena itu, NVP sebaiknya bukan *single dose* karena berpotensi menimbulkan hepatotoksik yang fatal pada ibu hamil.⁶ Ibu hamil juga membutuhkan antibiotik profilaksis terhadap infeksi oportunistik yang dideritanya. Apabila CD4 <200/ml, profilaksis pilihan untuk PCP adalah *Trimetrophine/sulfamethoxazole* (TMX/SMX). Pada trimester pertama, sebaiknya obat ini diganti dengan pentamidine aerosol karena obat berpotensi teratogenik. TMX/SMX juga digunakan untuk mencegah toksoplasmik ensefalitis dan diberikan

saat level CD4 <100/ml. *Azithromycin* menggantikan *clarithromycin* sebagai profilaksis MAC. Dosis seminggu sekali jika jumlah CD4 <50/ml. Wanita yang sebelumnya mengkonsumsi obat-obatan tersebut sebelum hamil sebaiknya tidak menghentikan pengobatannya (Smeltzer, 2016).

c. Intervensi untuk Mencegah Transmisi Perinatal.

Selain terapi ARV dan profilaksis, pemilihan susu formula dibandingkan ASI terbukti dapat menurunkan transmisi HIV dari ibu ke anak dari 15-25% sampai kurang dari 2%. Persalinan dengan elektif seksio sesaria ternyata juga dapat menurunkan transmisi perinatal. Persalinan ini dinilai dapat meminimalkan terpaparnya janin terhadap darah maternal, akibat pecahnya selaput plasenta dan sekresi maternal, saat janin melewati jalan lahir. Indikasi persalinan dengan elektif seksio sesaria adalah wanita tanpa pengobatan antiviral, wanita yang mengkonsumsi HAART dengan *viral load* >50kopi/mL, wanita yang hanya mengkonsumsi monoterapi ZDV, wanita dengan HIV positif dan koinfeksi virus hepatitis, termasuk HBV dan HCV (Smeltzer, 2016). HIV dengan koinfeksi dapat meningkatkan resiko transmisi HBV dan HCV perinatal. Oleh sebab itu, kombinasi 3 obat antivirus sangat direkomendasikan tanpa memperdulikan level *viral load*. Misalnya pada wanita dengan koinfeksi HBV/HIV, obat yang digunakan adalah kombinasi *dual* NRTI tenofovir dengan 3TC/emitricitabine. Pasien juga harus sadar akan gejala dan tanda dari toksisitas hati dan pemeriksaan transaminase dilakukan setiap 2-4minggu. Selain ibu, bayi juga harus menerima imunoglobulin hepatitis B dan memulai vaksinya pada 12 jam pertama kelahiran. Seperti HIV, PROM juga dapat meningkatkan transmisi HCV pada perinatal. Persalinan dengan elektif seksio sesaria merupakan indikasi

pada kasus ini. Bayi harus dievaluasi dengan tes HCV RNA pada umur 2 dan 6 tahun atau HCV antibodi setelah umur 15 bulan (Carter, 2016).

d. Tata Laksana Komplikasi Obstetrik.

Wanita dengan HIV positif yang menjadi lemah mendadak pada masa kehamilannya, harus segera dievaluasi oleh tim multidisiplin (dokter obstetrik, pediatrik dan penyakit dalam) untuk mencegah kegagalan diagnostik. Komplikasi yang berhubungan dengan HIV sebaiknya dianggap sebagai penyebab dari penyakit akut pada ibu hamil dengan status HIV tidak diketahui. Pada keadaan ini, tes diagnostik HIV harus segera dikerjakan (Smeltzer, 2016).

HAART dapat meningkatkan resiko lahir prematur. Oleh sebab itu, pemilihan dan penggunaan terapi ARV yang tepat berperan penting dalam hal ini. Wanita yang terancam lahir prematur baik dengan atau tanpa PROM harus melakukan skrining infeksi, khususnya infeksi genital sebelum persalinan. Bayi prematur <32 minggu tidak dapat mentoleransi medikasi oral, sehingga pemberian terapi ARV pada ibu sesudah dan saat persalinan akan memberikan profilaksis pada janinnya. Apabila bayi lahir prematur dengan PROM terjadi pada umur kehamilan >34 minggu, persalinan harus dipercepat. *Augmentation* dapat dipertimbangkan jika *viral load* <50 kopi/mL dan tidak ada kontraindikasi obstetrik. Pertimbangan tersebut termasuk pemberian antibiotik intravena spektrum luas, jika pasien terbukti ada infeksi genital atau korioamnionitis. Lain halnya pada umur kehamilan <34 minggu, penatalaksanaannya sama tetapi obat antibiotik oral yang diberikan adalah eritromisin.⁷ Semua ibu hamil, baik yang terinfeksi HIV maupun tidak sangat

memungkinkan untuk menderita anemia. Untuk itu pemeriksaan darah lengkap wajib dikerjakan (Smeltzer, 2016).

e. Tata Laksana Persalinan.

Cara persalinan harus ditentukan sebelum umur kehamilan 38 minggu untuk meminimalkan terjadinya komplikasi persalinan. Sampel plasma *viral load* dan jumlah CD4 harus diambil pada saat persalinan. Pasien dengan HAART harus mendapatkan obatnya sebelum persalinan, jika diindikasikan, sesudah persalinan.^{4,5,7} Semua ibu hamil dengan HIV positif disarankan untuk melakukan persalinan dengan seksio sesaria. Infus ZDV diberikan secara intravena selama persalinan elektif seksio sesaria dengan dosis 2 mg/kg selama 1 jam, diikuti dengan 1 mg/kg sepanjang proses kelahiran. Pada persalinan ini, infus ZDV dimulai 4 jam sebelumnya dan dilanjutkan sampai tali pusar sudah terjepit. *National Guidelines* menyarankan pemberian antibiotik peripartum pada saat persalinan untuk mencegah terjadinya infeksi (Carter, 2016).

Ruangan operasi juga harus dibuat nyaman mungkin untuk mencegah PROM sampai kepala dilahirkan melalui operasi insisi. Kelompok meta-analisis *Internasional Perinatal HIV*, menemukan bahwa resiko transmisi vertikal meningkat 2% setiap penambahan 1 jam durasi PROM. Jika persalinan sesaria dikerjakan setelah terjadi PROM, keuntungan operasi jelas tidak ada. Pada kasus ini, pemilihan jalan lahir harus disesuaikan secara individu. Oleh karena itu, usahakan agar membran tetap intak selama mungkin.^{6,7} Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh ACOG pada tahun 2000, pasien HAART dengan *viral load* >1000 kopi/mL, harus konseling berkenaan dengan keuntungan yang didapat dari

persalinan dengan elektif seksio sesaria dalam menurunkan resiko transmisi vertikal pada perinatal (Smeltzer, 2016).

Persalinan pervaginam yang direncanakan hanya boleh dilakukan oleh wanita yang mengkonsumsi HAART dengan *viral load* <50 kopi/mL. Jika pasien ini tidak ingin melakukan persalinan lewat vagina, seksio sesaria harus dijadwalkan pada umur kehamilan 39+ minggu, untuk meminimalkan resiko *transient tachypnea of the newborn* (TTN).⁷ Prosedur invasif seperti pengambilan sampel darah fetal dan penggunaan elektrode kulit kepala fetal merupakan kontraindikasi.^{2,7} Pada persalinan pervaginam, amniotomi harus dihindari, tetapi tidak jika proses kelahiran kala 2 memanjang. Jika terdapat indikasi alat bantu persalinan, forsepe dengan kavitas rendah lebih disarankan untuk janin karena insiden trauma fetal lebih kecil (Carter, 2016).

f. Tata Laksana Posnatal

Setelah melahirkan, ibu sebaiknya menghindari kontak langsung dengan bayi. Dosis terapi antibiotik profilaksis, ARV dan imunosuportif harus diperiksa kembali. Indikasi penggunaan infus ZDV adalah kombinasi *single dose* NVP 200 mg dengan 3TC 150 mg tiap 12 jam, dan dilanjutkan ZDV/3TC kurang lebih selama 7 hari pospartum untuk mencegah resistensi NVP. Imunisasi MMR dan *varicella zoster* juga diindikasikan, jika jumlah limfosit CD4 diatas 200 dan 400. Ibu disarankan untuk menggunakan kontrasepsi pada saat berhubungan seksual (Smeltzer, 2016).

Secara teori, ASI dapat membawa HIV dan dapat meningkatkan transmisi perinatal. Oleh karena itu, WHO tidak merekomendasikan pemberian ASI pada ibu dengan HIV positif, meskipun mereka mendapatkan terapi ARV.^{2,3,5} Saran suportif

mengenai susu formula pada bayi sangat diperlukan untuk mencegah gizi buruk pada bayi. Menurut penelitian yang dilakukan di Eropa, semua wanita dengan HIV positif direkomendasikan untuk mengkonsumsi kabergolin 1 mg oral dalam 24 jam setelah melahirkan, untuk menekan laktasi (Carter, 2016).

g. Tata Laksana Neonatus

Semua bayi harus diterapi dengan ARV <4jam setelah lahir. Kebanyakan bayi diberikan monoterapi ZDV 2x sehari selama 4 minggu. Jika ibu resisten terhadap ZDV, obat alternatif bisa diberikan pada kasus bayi lahir dari ibu HIV positif tanpa indikasi terapi ARV. Tetapi untuk bayi beresiko tinggi terinfeksi HIV, seperti anak lahir dari ibu yang tidak diobati atau ibu dengan plasma viremia >50 kopi/mL, HAART tetap menjadi pilihan utama (Smeltzer, 2016).

Pemberian antibiotik profilaksis, *cotrimoxazole* terhadap PCP wajib dilakukan. Tes IgA dan IgM, kultur darah langsung dan deteksi antigen PCR merupakan serangkaian tes yang harus dijalankan oleh bayi pada umur 1 hari, 6 minggu dan 12 minggu. Jika semua tes ini negatif dan bayi tidak mendapat ASI, orang tua dapat menyatakan bahwa bayi mereka tidak terinfeksi HIV. Konfirmasi HIV bisa dilakukan lagi saat bayi berumur 18 sampai 24 bulan (Carter, 2016).

Pemberian makanan kepada bayi dengan ibu HIV/AIDS harus sesuai dengan petunjuk karena 10% bayi dari ibu HIV positif tertular melalui menyusui, tetapi jauh lebih sedikit bila disusui secara eksklusif. Sebaliknya lebih dari 3% bayi di Indonesia meninggal akibat infeksi bakteri yang sering disebabkan oleh makanan atau botol yang tidak bersih. Ada juga yang diberi Pengganti ASI (PASI) dengan jumlah yang kurang sehingga bayi meninggal karena malnutrisi. ASI memberi

semuanya yang dibutuhkan oleh bayi untuk tumbuh dan melawan infeksi. Jadi sering kali bayi lebih beresiko bila diberi PASI daripada ASI dari ibu HIV positif. Oleh karena itu usulan sekarang adalah agar bayi diberi ASI eksklusif untuk 6 bulan pertama, kemudian disapih mendadak, kecuali bila dapat dipastikan bahwa PASI secara eksklusif dapat diberik dengan cara AFASS menurut WHO (2014) yaitu

a. Affordable(Terjangkau)

Mudah diterima, yaitu tidak ada hambatan social budaya bagi ibu untuk memberikan susu formula untuk bayinya.

b. Feasible (Praktis)

Mudah dilakukan/layak, yaitu ibu dan keluarga mempunyai waktu, pengetahuan dan keterampilan yang memadai untuk menyiapkan dan memberikan susu formula kepada bayinya

c. Acceptable(di terima oleh lingkungan)

Terjangkau, yaitu ibu dan keluarga mampu membeli susu formula

d. Sustainable(Kesinambungan)

Berkelanjutan, yaitu susu formula harus diberikan setiap hari dan malam selama masa bayi dan diberikan dalam bentuk segar, serta suplai dan distribusi susu formula dapat dijamin keberadaannya

e. Safe (Aman)

Aman penggunaannya, yaitu susu formula harus disimpan secara benar, higienis dengan kadar nutrisi cukup, disuapkan dengan tangan dan peralatan yang bersih.

Ada banyak masalah yaitu mahalnya harga susu formula sehingga sering bayi tidak diberi cukup, kalau bayi menangis ibu didesak untuk menyusui, ibu yang tidak

menyusui dianggap kurang memperhatikan bayi dan air yang dipakai tidak bersih. ASI eksklusif berarti bayi hanya diberi ASI saja dari saat lahir tanpa makanan pendamping atau minuman lain termasuk air. ASI adalah sangat halus, mudah diserap usus. Makanan lain lebih keras sehingga lapisan usus membuka agar diserap, membiarkan HIV dalam ASI menembus dan masuk darah bayi. Jadi resiko penularan tertinggi bila bayi diberi ASI mengandung HIV bersamaan dengan makanan pendamping. Harus ada kesepakatan sebelum melahirkan antara ibu, ayah dan petugas kesehatan untuk pemberian ASI secara eksklusif.

C. **Teori Manajemen Varney**

1. Konsep dan Prinsip Manajemen Secara Umum

Manajemen adalah membuat pekerjaan selesai (getting things done). Manajemen adalah mengungkapkan apa yang hendak dikerjakan, kemudian menyelesaikannya. Manajemen adalah menentukan tujuan dahulu secara pasti (yakni menyatakan dengan rinci apa yang hendak dituju) dan mencapainya.

2. Manajemen Kebidanan

Menurut Syaifudin (2010), Manajemen Kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Sedangkan menurut Depkes RI (2005) manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dilakukan oleh

bidan dalam memberikan asuhan kebidanan pada individu, keluarga dan masyarakat.

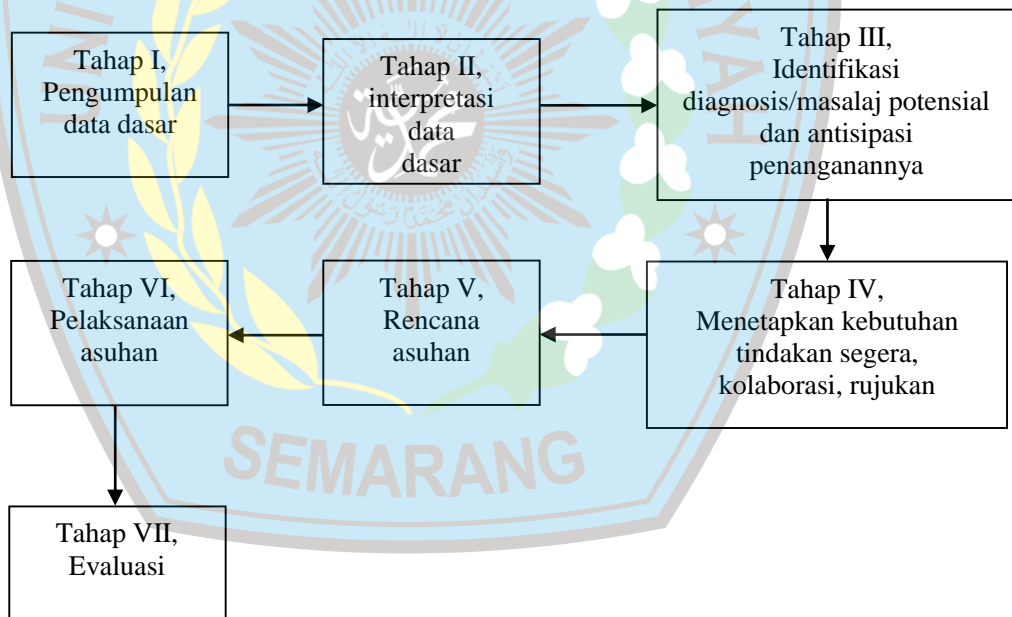
Menurut Varney (1997) manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh ACNM (1999) terdiri atas:

- a. Mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan secara sistematis melalui pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengkaji riwayat kesehatan dan melakukan pemeriksaan fisik.
- b. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosis berdasar interpretasi data dasar.
- c. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
- d. Memberi informasi dan dukungan kepada klien sehingga mampu membuat keputusan dan bertanggungjawab terhadap kesehatannya.
- e. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
- f. Secara pribadi, bertanggungjawab terhadap implementasi rencana individual.

- g. Melakukan konsultasi perencanaan, melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi, dan merujuk klien untuk mendapat asuhan selanjutnya.
- h. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi dalam situasi darurat jika terdapat penyimpangan dari keadaan normal.
- i. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan

3. Langkah-langkah Manajemen Kebidanan menurut Varney



- a. Langkah I : pengumpulan data dasar pasien dengan HIV

Data subyektif:

- 1) Fisik ibu lemah
- 2) Sering flu dan demam

- 3) Ruam pada kulit
- 4) Pembengkakan kelenjar getah bening
- 5) Diare dan sakit tenggorokan
- 6) Penurunan BB drastis

Data obyektif:

Pemeriksaan penunjang

Laboratorium: Hb, virus hepatitis dan anti virus

Data yang dibutuhkan dalam pengumpulan data dasar :

- 1) Riwayat kesehatan
- 2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya
- 3) Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- 4) Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

b. Langkah II : interpretasi data dasar

Standar nomenklatur diagnosis kebidanan :

- 1) Diakui dan telah disahkan oleh profesi
- 2) Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan
- 3) Memiliki ciri khas kebidanan
- 4) Didukung oleh *clinical judgement* dalam praktik kebidanan
- 5) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan

c. Langkah III : mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Dalam langkah ini bidan dituntut untuk dapat mengidentifikasi masalah dan diagnosa potensial terlebih dahulu baru setelah itu menentukan antisipasi yang dapat dilakukan.

- d. Langkah IV: Menetapkan kebutuhan tindakan segera, kolaborasi dan rujukan

Dari data yang ada, mengidentifikasi keadaan yang ada sehingga perlu atau tidak tindakan segera ditangani sendiri/dikonsultasikan (dokter, tim kesehatan, pekerja sosial, ahli gizi/kolaborasi).

- e. Langkah V: Rencana asuhan

Tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien, tapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien (apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, kultural/masalah psikologis. Dalam perencanaan ini apa yang direncanakan harus disepakati klien, harus rasional, benar-benar valid berdasar pengetahuan dan teori yang *up to date*.

- f. Langkah VI: Pelaksanaan asuhan

- 1) Bisa dilakukan oleh bidan, klien, keluarga klien, maupun tenaga kesehatan yang lain.
- 2) Bidan bertanggungjawab untuk mengarahkan pelaksanaan asuhan bersama yang menyeluruh.

- g. Langkah VII: Evaluasi

Evaluasi efektifitas dari asuhan yang telah dilakukan.

4. Pengorganisasian Praktik Asuhan Kebidanan

Menurut Muhtar (2008) pengorganisasian praktik asuhan kebidanan meliputi sebagai berikut:

- a. Pelayanan mandiri

Layanan kebidanan primer yang dilakukan oleh seorang bidan yang sepenuhnya menjadi tanggungjawab bidan.

b. Kolaborasi

Layanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu urutan dari sebuah proses kegiatan pelayanan. misalnya: merawat ibu hamil dengan komplikasi medik atau obstetrik Tujuan pelayanan: berbagi otoritas dalam pemberian pelayanan berkualitas sesuai ruang lingkup masing-masing. Kemampuan untuk berbagi tanggung jawab antara bidan dan dokter sangat penting agar bisa saling menghormati, saling mempercayai dan menciptakan komunikasi efektif antara kedua profesi.

c. Rujukan

Layanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem layanan yang lebih tinggi atau sebaliknya, yaitu pelayanan yang dilakukan oleh bidan dalam menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan rujukan yang dilakukan oleh bidan ketempat atau fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horizontal maupun vertikal atau ke profesi kesehatan lain. Layanan bidan yang tepat akan meningkatkan keamanan dan kesejahteraan ibu serta bayinya.

d. Konsultasi

Pada kondisi tertentu bidan membutuhkan nasehat atau pendapat dari dokter atau anggota tim perawatan klien yang lain tapi tanggung jawab utama terhadap klien tetap ditangan bidan.

D. Aplikasi Landasan Teori Varney

1. Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu :

a. Data Subyektif

1) Biodata yang mencakup identitas pasien

- a) Nama : Nama jelas dan lengkap, agar tidak keliru dalam memberikan penanganan
- b) Umur : Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun atau lebih dari 40 tahun yang secara teori merupakan faktor resiko.
- c) Agama : Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk mengarahkan pasien dalam berdoa
- d) Pendidikan : Untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan dan pemahaman pasien sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai pendidikan
- e) Suku/Bangsa : Berpengaruh pada adat istiadat/kebiasaan sehari-hari
- f) Pekerjaan : Untuk mengetahui pekerjaan ibu yang dapat berpengaruh dengan metode

kontrasepsi yang digunakan oleh ibu saat ini

g) Alamat : Untuk mempermudah kunjungan rumah jika diperlukan

2) Keluhan Utama

Merupakan keluhan yang paling dirasakan ibu saat datang ke tenaga kesehatan, keluhan yang sering timbul pada ibu hamil dengan HIV/AIDS seperti lemes, demam, diare dan kepala pusing (Wiknjosastro, 2006).

3) Riwayat Menstruasi

Yang dikaji adalah menstruasi pertama kali, jumlah, warna, lama, siklus dan keluhan saat menstruasi. Pada kehamilan riwayat menstruasi terakhir juga digunakan untuk menentukan HPHT dan HPL serta usia kehamilan.

4) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah ada komplikasi dalam kehamilan, persalinan/nifas seperti ibu yang mempunyai riwayat preeklamsi sebelumnya, melahirkan anak lebih dari satu untuk mengetahui jenis persalinan, penolong persalinan dan keadaan anak.

5) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat penyakit akut atau kronik yang berhubungan dengan HIV/AIDS seperti TB paru sebelum kehamilan, penyakit diabetes militus, kelainan ginjal dan riwayat preeklamsi sebelumnya.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan ibu sedang menderita penyakit akut atau kronik yang berhubungan dengan HIV/AIDS seperti TB paru sebelum kehamilan, penyakit diabetes militus, kelainan ginjal dan riwayat preeklamsi sebelumnya.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit menular/menurung yang berhubungan dengan HIV/AIDS seperti TB paru sebelum kehamilan, penyakit diabetes militus, kelainan ginjal dan riwayat preeklamsi sebelumnya.

6) Riwayat Perkawinan

Yang dikaji adalah beberapa kali menikah, menikah muda, berhubungan seks dengan berganti-ganti pasangan, status menikah syah atau tidak karena akan mempengaruhi psikologis dan bisa menjadi penentu dalam pengambilan keputusan saat kehamilan persalinan maupun nifas

7) Riwayat KB

Untuk mengkaji jenis kontrasepsi yang pernah digunakan oleh klien.

8) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

- a) Nutrisi : Untuk mengetahui tentang pola nutrisi ibu, pada kasus HIV/AIDS (Rukiyah, 2010).

- b) Eliminasi : Untuk mengetahui pola ekskresi ibu, pada kasus HIV/AIDS keseimbangan cairan harus selalu dipantau untuk mengetahui adanya edema pada paru yang berbahaya bagi ibu. Pada kasus HIV/AIDS pola BAK ditanyakan untuk mengetahui apakah ibu mengalami oligourinaria yaitu jumlah urine < 500 ml/24 jam, , untuk BAB berhubungan dengan kasus HIV/AIDS hanya untuk mengetahui proses eliminasi BAB kontipasi atau diare (Rukiyah, 2010).
- c) Istirahat : Untuk mengetahui pola istirahat dan tidur ibu, pada pasien dengan HIV/AIDS akan terjadi gangguan pada pola istirahat ibu (Rukiyah, 2010).
- d) Personal hygiene : Untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh ibu atau tidak, karena personal higyene yang buruk dapat menyebabkan ibu mudah terserang penyakit yang berpengaruh tidak baik pada masa nifas.
- e) Aktivitas : Untuk mengetahui pola aktivitas ibu sehari-hari, pada kasus HIV/AIDS ibu

harus mengurangi aktifitas karena sewaktu
– waktu bisa terjadi pingsan yang
berbahaya bagi ibu (Rukiyah, 2010).

f) Seksual : Apakah sudah melakukan coitus terlalu
muda dan sering berganti pasangan.

9) Kehidupan Sosial Budaya

Untuk mengetahui adat yang dianut ibu dan keluarga. Apakah terdapat kebiasaan
yang berpengaruh buruk terhadap masa kehamilan atau tidak

10) Data Psikososial

Untuk mengetahui bagaimana kondisi psikologis ibu dalam menghadapi masa
kehamilan, apakah ada tanda – tanda dari depresi masa kehamilan.

11) Data Pengetahuan Ibu

Untuk mengetahui pengetahuan ibu mengenai kehamilan, tanda bahaya dalam
kehamilan, dan juga mengenai preeklamsi dalam kehamilan.

b. Data Obyektif

Merupakan data yang didapat oleh tenaga kesehatan dari hasil pemeriksaan

1) Pemeriksaan Umum

a) Nilai keadaan umum dan kesadaran ibu

Untuk mengetahui keadaan umum pasien dalam keadaan baik/tidak dan kesadaran
ibu apakah compos mentis/delirium/apatis/sopor/coma.

b) Nilai tanda vital

(a) Tekanan darah

Untuk mengetahui adanya tekanan darah tinggi pada ibu yang dapat mendukung diagnosa HIV/AIDS.

(b) Nadi

Untuk mengetahui nadi ibu ada kelainan atau tidak normalnya
60 – 100 x/mnt

(c) Pernafasan

Untuk mengetahui ibu sesak nafas/tidak. Apabila ibu mengalami sesak napas dan bila tidak ditangani dapat berbahaya bagi ibu (Rukiyah, 2010).

(d) BB

Untuk mengetahui apakah ada kelainan peningkatan berat badan ibu, dan untuk mengetahui keadaan gizi ibu pada kasus HIV/AIDS salah satu tandannya adalah adanya edema, timbulnya edema didahului oleh penambahan berat badan yang berlebihan/obesitas. Edema dapat menyebabkan kenaikan berat badan tubuh. Pertambahan berat 0,5 kg pada seseorang yang hamil dianggap normal.

(e) TB

Untuk mengetahui adanya kelainan tinggi badan, seperti tinggi <145 cm merupakan indikasi adanya panggul sempit

2) Pemeriksaan Status Present

- a) Kepala : Untuk mengetahui bentuk kepala ibu normal atau tidak. Normalnya bentuk kepala adalah mesocephal

Kulit kepala : Untuk mengetahui kebersihan kulit kepala ibu dan adakah luka/lesi pada kulit kepala

Rambut : Untuk mengetahui keadaan rambut ibu, meliputi kebersihan, kekuatan rambut dan warna rambut.

Muka : Untuk mengetahui apakah muka pucat untuk mengetahui anemis atau tidak, atau dalam kasus HIV/AIDS untuk mengetahui apakah muka terdapat edem atau tidak

Mata : Untuk mengetahui adanya tanda anemia, yaitu conjungtiva anemis, karena ibu hamil kehilangan banyak darah ketika proses persalinan jadi perlu untuk dipantau apakah ada tanda anemia atau tidak. Serta mengetahui adanya tanda penyakit hepatitis B, yaitu sklera berwarna kuning, karena penyakit Hepatitis B sangat menular dan berbahaya bagi ibu, janin serta tenaga kesehatan bila tertular.

Hidung : Untuk mengetahui kebersihan hidung, terdapat pembesaran polip atau tidak, agar dapat segera ditangani bila terdapat kelainan.

Telinga : Untuk mengetahui kebersihan telinga, dan pendengaran ibu berfungsi dengan baik atau tidak.

Mulut : Untuk mengetahui kebersihan mulut, ada karang gigi/ gigi berlubang/ tidak. Sariawan dan bibir pecah – pecah menandakan ibu kekurangan vitamin C, dan hal ini harus diatasi

Dada : Pada dada dilakukan pemeriksaan jantung dan paru, yaitu untuk mengetahui adakah kelainan jantung yang dapat dilihat dari bunyi jantung, normalnya tunggal dan bila ganda maka menandakan adanya kelainan jantung yang dapat berbahaya pada masa hamil. Pemeriksaan paru – paru dilakukan untuk

mengetahui apakah suara napas ibu normal atau tidak, serta mendeteksi adanya suara tambahan seperti weezhing dan ronchi yang menandakan adanya penyakit pada saluran pernapasan ibu yang dapat berpengaruh buruk pada masa hamil

b) Leher : Untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar tyroid, karena hipertiroid yang ditandai dengan pembesaran kelenjar tyroid dapat berpengaruh terhadap masa hamil

c) Mammae : Untuk mengetahui kesimetrisan ke dua payudara ibu. Mendeteksi adanya massa pada payudara yang mengindikasikan adanya tumor. Pada ibu hamil payudara akan membesar dan lebih kencang karena persiapan untuk produksi ASI

d) Perut : Untuk mengetahui kebersihan perut ibu dan adakah nyeri pada epigastrium. Pada kasus pre eklamsi terdapat nyeri tekan pada epigastrium yang menjadi tanda impending eklamsi (Rukiyah, 2010).

e) Genetalia : Untuk mengetahui adanya penyakit menular seksual pada ibu yang berpengaruh buruk terhadap masa hamil, seperti condiloma akuminata, condiloma talata dan gonorrhoea. \

f) Anus : Untuk mengetahui ada hemoroid/tidak, bila ada maka ditangani.

g) Ekstremitas :

Atas : Untuk mengetahui adanya oedema pada tangan yang merupakan tanda dari HIV/AIDS, serta kuku yang pucat mengindikasikan terjadinya anemia yang berbahaya bagi masa hamil

Bawah : Untuk mengetahui adanya oedema pada kaki yang merupakan tanda dari HIV/AIDS, serta kuku yang pucat mengindikasikan terjadinya anemia yang berbahaya bagi masa hamil.

3) Status Obstetri

Menunjukkan penyebab langsung terhadap kasus obstetrik

a) Inspeksi

(1) Muka : Untuk mengetahui adanya edema atau iritasi pada muka yang merupakan tanda HIV/AIDS

(2) Mammae : Untuk mengetahui adanya perubahan fisiologis yang terjadi saat kehamilan seperti areola menjadi lebih gelap, payudara membesar dan kencang karena dimulainya proses laktasi serta untuk mengetahui keadaan puting ibu menonjol atau tidak, untuk mengetahui kesiapan ibu dalam menyusui bayinya

(3) Abdomen : Untuk mengetahui adanya perubahan fisiologis saat kehamilan seperti munculnya striae livide dan striae albicans pada perut, serta linea nigra menjadi lebih gelap

(4) Genetalia : Untuk mengetahui adanya pengeluaran pervaginam.

4) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dilakukan untuk menegakkan diagnosa :

a) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan ini diperlukan untuk membandingkan golongan darah ibu dengan golongan darah bayinya saat lahir, apakah ada kemungkinan inkompatibilitas golongan darah A-B-O yang memerlukan tindakan pada bayi. Golongan darah juga perlu diketahui bila diperlukan transfusi pada ibu. Selain itu, untuk mengetahui rhesus ibu, apabila terjadi sensitivitas pada darah ibu terhadap rhesus janinnya apabila rhesus janin positif. Pemeriksaan ini biasanya dilakukan pada trimester pertama kehamilan.

b) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)

Anemia (kadar hemoglobin rendah) umum terjadi pada ibu hamil. Pemeriksaan kadar Hb bertujuan untuk mendeteksi anemia (Hb kurang dari 11 gr/dl). Pemeriksaan kadar Hb dilakukan rutin pada kunjungan pertama dan diulang pada awal trimester ketiga karena anemia dapat muncul pada trimester ketiga atau menjelang persalinan.

c) Pemeriksaan HIV dengan *Provider Initiatif Testing and Consulting* (PITC)

Anti HIV (Antigen Human Immunodeficiency Virus) bertujuan mendeteksi adanya infeksi virus HIV yang berpotensi menular pada janin. Pemeriksaan ini wajib dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan dan biasanya pada trimester I.

d) Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein urin (urinalisis) dilakukan pada trimester kedua dan ketiga jika terdapat hipertensi. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi munculnya pre eklamsia pada kehamilan. Dari hasil pemeriksaan urine dapat diklasifikasikan preeklamsia ringan +1 sampai +2 pada dipstick sedangkan untuk preeklamsia berat didapatkan proteinuria dari +3 sampai +4 pada dipstick.

e) Pemeriksaan kadar gula darah

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah terjadi DMG (Diabetes Mellitus Gestasional). Pemeriksaan ini dilakukan bila terdapat risiko DMG pada trimester pertama atau saat pertama terdiagnosis hamil, atau pada saat usia kehamilan 24-28 minggu bila tidak ada risiko DMG. Pemeriksaan ini harus diulang pada awal trimester ketiga.

f) Pemeriksaan Hepatitis

Pemeriksaan ini dilakukan pada saat kontak pertama kali ibu hamil dengan tenaga kesehatan saat berkunjung ke Puskesmas. Hasil pemeriksaan ini akan menunjukkan ibu hamil dengan Hepatitis Positif atau negatif. Hal ini penting dilakukan karena berhubungan dengan pemberian vaksin Hepatitis kepada bayi serta konseling tehnik menyusui saat nifas.

2. Interpretasi Data Dasar

Setelah dilakukan pengkajian, diagnosa kebidanan dibuat dari data dasar baik dari data subjektif dan data objektif. Sehingga dari hasil anamnesa dan pemeriksaan dapat mendukung terciptanya diagnosa kebidanan (Wafi Nur, 2009).

G ...P ... A ... Umur ... Tahun, hamil....minggu...hari

Janin tunggal/ganda, mati/hidup, intra/extrauterin

Letak membujur/melintang, PUKA/PUKI, presentasi kepala/bokong konvergen/
devegen

Dengan HIV?AIDS

Inpartu kala.....

Dengan.....

Data dasar

DS : pernyataan kali, rentan, jumlah kehamilan, persalinan, pernah keguguran/tidak, umur serta pernyataan hari pertama haid terakhir untuk mengetahui umur kehamilan ibu saat ini.

DO : pemeriksaan tanda-tanda vital apakah tekanan darah tinggi/ normal, suhu normal/tidak, pernafasan dalam batas normal/tidak, nadi dalam batas normal/ tidak, pemeriksaan fisik dalam batas normal, hasil pemeriksaan leopold 1: TFU...jari diatas pusat, pada fundus teraba 1/lebih bagian bulat, lunak/keras dan tidak melenting/tidak melenting. Leopold II: Bagian kanan perut ibu teraba bagian datar, memanjang dan tahanan memanjang/bagian-bagian kecil janin, bagian kiri perut teraba bagian – bagian kecil dari janin/tahanan memanjang janin, Leopold III: Bagian bawah perut ibu teraba 1/lebih bagian bulat, keras/lunak melenting/tidak

melenting. Leopold IV: Bagian terbawah janin sudah/belum masuk PAP. Pemeriksaan Auskultasi DJJ: (+/-), frekuensi: 120-160 x/mnt, irama teratur/tidak. Pemeriksaan penunjang pada pemeriksaan urine apakah hasilnya negatif/klasifikasi preeklamsia ringan/ preeklamsi berat.

3. Diagnosa Potensial

Mengidentifikasi diagnosa/masalah potensial yang mungkin akan terjadi. Hal ini membutuhkan antisipasi, pencegahan bila mungkin menunggu, mengamati dan bersiap-siap apabila hal tersebut benar-benar terjadi. Menurut Prawirohardjo S. (2008) diagnosa potensial dari HIV/AIDS adalah resiko infeksi yang menyebabkan kematian pada ibu, edema paru-paru dan sianosis, hemolisis dan mikroangiomatik.

4. Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Dalam teori asuhan kebidanan pada antisipasi tindakan segera dilakukan tindakan secara mandiri adalah memberikan konseling terhadap ibu dan keluarga tentang penanganan selanjutnya serta kolaborasi dan rujukan. Kolaborasi dan rujukan ini bertujuan untuk memberikan asuhan kebidanan kepada ibu dengan resiko tinggi serta keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama agar tidak terjadi masalah potensial. Antisipasi tindakan segera yang dilakukan bidan dalam menangani kegawatdaruratan .

5. Intervensi

Langkah ini ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya yang merupakan dari masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh dapat kita berikan pada ibu hamil dengan HIV/AIDS adalah:

- a) Pantau tekanan darah

- b) Lakukan pemantauan proteinurin.
- c) Lakukan pemantauan refleks.
- d) Lakukan Pemantauan kondisi janin dan Djj.
- e) Anjurkan ibu untuk istirahat.
- f) Berikan terapy obat *Highly Active Anti-retroviral Therapy* (HAART) bertujuan *Prevention Mother To Child* (PMTc)
- g) Sarankan persalinan dengan Sectio caesaria dan melakukan pemberian ASI Eksklusif bertujuan *Prevention Mother To Child* (PMTc)

6. Implementasi

Pelaksanaan disesuaikan dengan rencana manajemen yang telah dibuat dan harus berpedoman pada intervensi.

- a) Memantau tekanan darah,
- b) Melakukan pemantauan proteinurin.
- c) Melakukan pemantauan refleks.
- d) Melakukan Pemantauan kondisi janin dan Djj.
- e) Menganjurkan ibu untuk istirahat.
- f) Berikan terapy obat *Highly Active Anti-retroviral Therapy* (HAART)
- g) Menyarankan persalinan dengan Sectio caesaria dan melakukan pemberian ASI Eksklusif.

7. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi asuhan yang sudah diberikan meliputi teratasi masalah sudah sesuai diagnosanya. Dalam evaluasi akan ditemukan perkembangan

kesehatan klien, apakah membaik, memburuk atau tidak ada perubahan setelah dilakukan asuhan teori kebidanan

E. Teori Kewenangan Bidan

1. Landasan Hukum

Berdasarkan Permenkes No. 28 Tahun 2017 Pasal 18 bidan dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, memiliki kewenangan memberikan:

- a. pelayanan kesehatan ibu;
- b. pelayanan kesehatan anak; dan
- c. pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Pelayanan kesehatan ibu diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan. Pelayanan kesehatan ibu meliputi pelayanan: konseling pada masa sebelum hamil; antenatal pada kehamilan normal; persalinan normal; ibu nifas normal; ibu menyusui; dan konseling pada masa antara dua kehamilan. Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu, Bidan berwenang melakukan: episiotomi; pertolongan persalinan normal; penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II; penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan rujukan; pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil; pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas; fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif; pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum; penyuluhan dan konseling; bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran. (Permenkes Nomor 28 Tahun 2017 Pasal 19 ayat 1-3)

Berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 Pasal 23 ayat (1) adalah Kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 huruf a, terdiri atas:

- a. kewenangan berdasarkan program pemerintah; dan
- b. kewenangan karena tidak adanya tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempat Bidan bertugas.

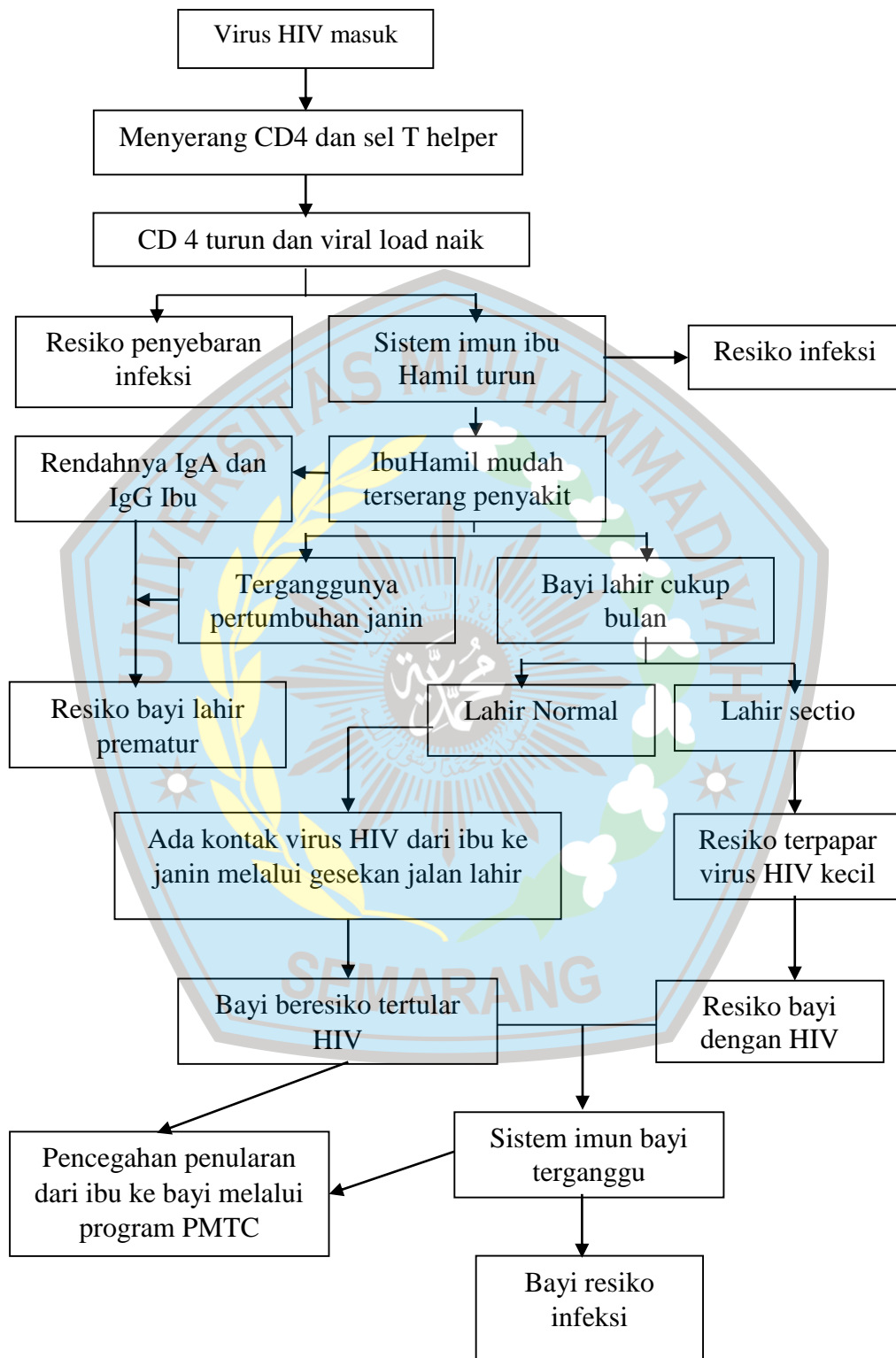
Pada Pasal 25 ayat (1) Kewenangan berdasarkan program pemerintah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1) huruf a, meliputi:

- a. pemberian pelayanan alat kontrasepsi dalam rahim dan alat kontrasepsi bawah kulit;
- b. asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit tertentu;
- c. penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai dengan pedoman yang ditetapkan;
- d. pemberian imunisasi rutin dan tambahan sesuai program pemerintah;
- e. melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan;
- f. pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah;
- g. melaksanakan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom.

- h. pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi; dan
- i. melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas;



F. Pathway Kehamilan dengan HIV/AIDS



Sumber : Carter (2016), Townsend (2016) dan Smeltzer (2016)
 Bagan 2.1 Pathway Kehamilan dengan HIV/AIDS