

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep HIV

2.1.1 Pengertian HIV/AIDS

HIV merupakan singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus*. Disebut *human* (manusia) karena virus ini hanya dapat menginfeksi manusia, *immuno-deficiency* karena efek virus ini adalah menurunkan kemampuan sistem kekebalan tubuh, dan termasuk golongan virus karena salah satu karakteristiknya adalah tidak mampu mereproduksi diri sendiri, melainkan memanfaatkan sel-sel tubuh. Virus HIV menyerang sel darah putih manusia dan menyebabkan turunnya kekebalan tubuh sehingga mudah terserang penyakit. Virus ini merupakan penyebab penyakit AIDS (Desmawati, 2013:189).

Menurut Wandoyo G, 2007. AIDS merupakan singkatan dari *Acquired Immuno Deficiency Syndrom*, *Acquired* berarti didapat, *Immuno* berarti sistem kekebalan tubuh, *Deficiency* berarti kekurangan, *Syndrom* berarti kumpulan gejala. AIDS disebabkan virus HIV yang merusak sistem kekebalan tubuh. Itu sebabnya, tubuh menjadi mudah terserang penyakit-penyakit lain yang dapat berakibat fatal. Mialnya, infeksi akibat virus, cacing, jamur, protozoa, dan basi (Desmawati, 2013:189).

Menurut Darmono,2009. Penyakit *Acquired Immuno Deficiency Syndrom* (AIDS) yang disebabkan oleh infeksi *Human Immunodeficiency*

Virus (HIV) adalah suatu penyakit yang menyerang sistem kekebalan baik humoral atau seluler. Virus HIV adalah virus yang termasuk dalam kelompok retrovirus dan termasuk virus RNA (Desmawati, 2013:189).

Acquired Immuno Deficiency Syndrom pertama kali diketahui pada tahun 1981 sebagai penyakit yang berat yang ditandai oleh kerusakan imunitas yang disebabkan oleh retrovirus yang sebelumnya tidak diketahui, dikenal sebagai H1. Pada tahun 1982 AIDS didefinisikan oleh *Center For Disease Control And Preventipon* (CDC) (sejenis Pusat Pengendalian Dan Pencegahan Penyakit) AIDS tepat merupakan suatu penyakit fatal secara keseluruhan, dimana kebanyakan pasien memerlukan perawatan medis dan keperawatan yang canggih selama perjalanan penyakit (Carolyn M, Hudak,2010)

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang hanya hidup dalam tubuh manusia yang dapat merusak daya kekebalan tubuh manusia. Virus yang dapat menyebabkan AIDS dengan cara menyerang sel darah putih yang bernama sel CD4 sehingga dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia yang pada akhirnya tidak dapat bertahan dari gangguan penyakit walaupun yang sangat ringan sekalipun. AIDS termasuk PMS, karena salah satu penularannya adalah melalui hubungan seksual dengan orang yang telah terinfeksi HIV (Desmawati, 2013:190).

Virus HIV menyerang sel CD4 dan merubahnya menjadi tempat berkembang biak virus HIV baru kemudian merusaknya sehingga tidak dapat digunakan lagi. Sel darah putih sangat diperlukan untuk sistem

kekebalan tubuh. Tanpa kekebalan tubuh maka ketika diserang penyakit maka tubuh tidak memiliki pelindung. Dampaknya adalah dapat meninggal dunia terkena pilek biasa (Desmawati, 2013:190).

2.1.2 Etiologi

Penyebab kelainan imun pada AIDS adalah suatu agen viral yang disebut HIV dari kelompok virus yang dikenal dengan retrovirus. Retrovirus ditularkan oleh darah melalui kontak intim (seksual) dan mempunyai afinitas yang kuat terhadap limfosit T. Berdasarkan penelitian sebagian besar kasus HIV dikatakan masa inkubasi HIV rata-rata 5 sampai 10 tahun (Desmawati, 2013:191).

2.1.3 Cara Penularan

Jalur penularan infeksi HIV serupa dengan infeksi hepatitis B. Pada homoseksual pria, *anal intercourse* atau *anal manipulation* akan meningkatkan kemungkinan trauma pada mukosa rectum dan selanjutnya memperbesar peluang untuk terkena virus HIV lewat secret tubuh. Peningkatan frekuensi praktik dan hubungan seksual ini dengan partner yang bergantian juga turut menyebarkan penyakit ini. Hubungan heteroseksual dengan orang yang menderita infeksi HIV juga merupakan bentuk penularan yang terus tumbuh secara bermakna.

Penularan melalui pemakaian obat bius intravena terjadi lewat kontak langsung darah dengan jarum dan sempirit yang terkontaminasi. Meskipun

jumlah darah dalam sempirit relatif kecil, efek kumulatif pemakaian bersama peralatan suntik yang sudah terkontaminasi tersebut akan meningkatkan resiko penularan (Desmawati, 2013:191).

HIV dapat ditularkan melalui :

a. Hubungan seksual (homoseksual, biseksual dan heteroseksual).

Diperkirakan sekitar 95% penularan terjadi melalui hubungan seksual, baik melalui vagina, dubur maupun mulut. Pada saat hubungan seks, mungkin terjadi mikrolesi akibat gesekan dan melalui lesi tadi virus yang terdapat dalam cairan tubuh pasangan seks yang mengidap HIV dengan mudah akan ditularkan kepada pasangannya.

b. Parental

Penularan secara parental terjadi melalui penggunaan jarum suntik, transfusi darah, dan alat-alat tusuk lain seperti alat tindik, pisau cukur, alat tato, dan alat khitan yang terinfeksi HIV.

1) Transfusi darah yang tercemar HIV

Resiko tertular HIV melalui darah lebih dari 90%, artinya hampir dapat dipertanyakan bahwa orang yang mendapat darah yang terkontaminasi HIV akan terinfeksi HIV. Diperkirakan penularan cara ini sekitar 1-2%. Hal ini dapat terjadi bila pengambilan darah donor dilakukan tanpa melalui skrining terhadap HIV/AIDS.

2) Penularan melalui jarum suntik atau alat kedokteran yang tidak steril.

HIV/AIDS dapat ditularkan melalui jarum suntik bekas pengidap HIV, melalui alat pemeriksaan kandungan seperti spekulum dll, alat

pemeriksaan gigi, pisau bedah, alat khitan, dan alat lain yang terkontaminasi darah, air mani/cairan vagina pengidap HIV. Sekitar 1% pengidap HIV tertular melalui cara ini.

3) Penularan melalui alat-alat tusuk lainnya

Pengidap HIV dapat tertular melalui alat tindik/tato, dan pisau cukur yang terkontaminasi HIV/AIDS.

4) Transplantasi organ tubuh

c. Penularan perinatal

Penularan perinatal adalah penularan dari ibu yang terinfeksi HIV kepada bayi yang dilahirkannya yang dapat terjadi selama kehamilan berkisar sekitar 5-10%, pada saat persalinan sekitar 10-20% dan pada masa nifas (saat menyusui) sekitar 10-20%. Bila ibunya pengidap HIV, dan ibu telah menunjukkan gejala AIDS, kemungkinan bayi yang dilahirkannya tertular HIV menjadi 50%.

Bayi dalam kandungan mendapat zat makanan dan oksigen dari darah ibu yang dipompakan ke darah bayi. Pada umumnya darah bayi tidak bercampur dengan darah ibu sehingga tidak semua bayi yang dikandung ibu dengan HIV positif tertular HIV saat dalam kandungan. Pada kebanyakan perempuan yang terinfeksi HIV, HIV tidak dapat menular dari ibu ke janin melalui plasenta. Plasenta malah melindungi janin dari HIV, tetapi perlindungan ini dapat rusak bila ada infeksi virus, bakteri ataupun parasit pada plasenta atau pada keadaan dimana daya tahan tubuh ibu sangat rendah.

Pada proses persalinan, penularan HIV dari ibu ke bayi terjadi karena kontak antara darah ibu maupun lendir ibu yang menandung virus masuk ke dalam darah bayi. Makin lama proses persalinan berlangsung, makin lama kontak antara bayi dengan cairan tubuh ibu, maka semakin tinggi resiko bayi untuk tertular HIV.

Penularan HIV melalui ASI kemungkinan relatif kecil. ASI dari ibu yang terinfeksi HIV terbukti mengandung HIV dalam konsentrasi yang lebih rendah dari ditemukan dalam darah. Sekitar 10-20% bayi akan terinfeksi HIV bila disusui sampai 18 bulan atau lebih. Atas dasar penularan melalui ASI tersebut maka ibu dianjurkan agar tidak memberikan ASInya pada bayi dan diganti dengan susu pengganti. Bayi tertular HIV yang tidak mendapat pengobatan, hanya dapat bertahan sampai usia 1-5 tahun.

Faktor-faktor yang mempengaruhi penularan HIV dari ibu ke janin dapat berasal dari faktor ibu maupun janin.

1) Faktor ibu

- a) Ibu yang baru terinfeksi HIV mudah menularkan kepada bayinya karena jumlah virus dalam tubuh ibu sangat tinggi dibandingkan jumlah virus pada ibu yang terinfeksi HIV sebelum atau selama kehamilan.
- b) Ibu dengan penyakit terkait HIV seperti batuk, diare terus menerus, kehilangan berat badan, disebabkan karena jumlah virus dalam tubuh ibu tinggi.

- c) Infeksi pada kehamilan, terutama infeksi menular seksual atau infeksi plasenta
- d) Kurang gizi pada saat hamil, terutama kekurangan mikronutrisi (vitamin dan mineral)
- e) Mastitis, infeksi pada puting susu, atau puting susu retak
- f) Ketuban pecah dini, partus lama dan intervensi saat persalinan seperti memecahkan ketuban dan episiotomi.

2) Faktor bayi :

- a) Bayi lahir premature
- b) Menyusui pada ibu dengan HIV
- c) Terdapat lesi pada mulut bayi akan meningkatkan resiko tertular HIV, terutama pada bayi yang berumur dibawah 6 bulan.

Pada umumnya virus HIV tidak ditularkan melalui kulit, kecuali bila terdapat luka atau lecet pada kulit tersebut. Sedangkan selaput lendir seperti yang terdapat pada vagina, penis, dubur dan mulut mudah dimasuki virus tersebut terutama bila lecet akibat gesekan, maka virus akan masuk ke dalam mukosa yang tipis dan selanjutnya disebarkan keseluruh tubuh melalui aliran darah. Suatu kondisi yang kondusif untuk penularan HIV/AIDS yaitu bila seseorang telah terkena penyakit kelamin seperti sifilis, gonorea, herpes, dan klamidia, maka HIV bisa masuk dengan mudah melalui bagian tubuh yang sakit atau luka. Misalnya radang pada dinding vagina atau penis. Oleh karena itu, upaya menekan PMS lain berperan penting dalam mencegah penularan HIV (Pinem, 2009:368-371).

Bersama orang HIV positif bukanlah hal yang perlu ditakuti. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa virus HIV tidak menular melalui kontak biasa seperti bersalaman, berpelukan, berciuman, batuk, bersin, gigitan nyamuk, bekerja, bersekolah, makan, berkendara bersama, memakai tempat tidur bersama, memakai peralatan rumah tangga bersama, ataupun memakai fasilitas umum (kolam renang, WC umum, telepon umum, sauna, dll) (Desmawati, 2013:191).

2.1.4 Pencegahan

Menurut Desmawati, 2013:194 HIV dapat dicegah dengan :

- a. Perhatikan benda-benda taja di sekitar anda
- b. Tempatkan benda-benda tajam yang tidak terpakai dalam wadah anti tembus
- c. Kenakan alat pelindung
- d. Basuh dengan segera kedua belah tangan dan permukaan kulit lainnya yang terkontaminasi darah
- e. Di lingkungan rumah buang dan siramlah darah serta cairan tubuh ke dalam tubuh
- f. Bungkus barang-barang yang terkontaminasi
- g. Bersihkan setiap ceceran darah atau cairan tubuh lainnya dengan sabun dan air
- h. Tingkatkan kekebalan tubuh

2.1.5 Pentingnya Sel T4 dan Kekebalan yang Diperantarai Sel

Limfosit T4 mengatur reaksi sistem kekebalan manusia. Limfosit T4 memulai dan mengarahkan untuk pengenalan serta pemusnahan agen asing (termasuk virus). Namun justru sel inilah yang terinfeksi dan kemudian dirusak oleh HIV. Karena proses infeksi dan pengambilan antigen set T4 mengakibatkan kelainan dari kekebalan, maka ini memungkinkan berkembangnya neoplasma dan infeksi oportunistik.

Pada sistem kekebalan yang utuh, jumlah sel T4 berkisar antara 600-1200/mm³. Pada infeksi HIV, jumlah absolut dan persentasi sel T penolong menurun dari waktu ke waktu. Pada pasien AIDS jumlah sel T4 mungkin 0 sampai 250/mm³ jumlah absolut sel T dan sel T penolong (sebagai lawan dari T supresor) sesuai dengan perjalanan penyakitnya.

Sejalan dengan berkurangnya jumlah sel, respon dari sisa sel T4 yang ada menjadi berkurang terhadap rangsangan antigen. Akibatnya, pada pasien terjadi perubahan rasio T4/T8 (karena rendahnya jumlah sel T4), penurunan respon terhadap tes kulit dengan antigen yang biasa, dan rentan terhadap penyakit-penyakit yang normal dilindungi oleh kekebalan yang diperantarai sel.

Kelainan sel B terjadi akibat dari tidak adanya pengaturan atau induksi sel T terhadap fungsi sel B. ini terbukti dengan adanya trombositopeni yang berkaitan dengan HIV, dimana kompleks imun merusak trombosit secara sembarangan. Demikian juga, imunisasi seperti untuk influenza atau infeksi pneumokok, mungkin tidak menghasilkan respon yang memadai.

Kesimpulannya untuk pencegahan juga perlu peningkatan daya tahan/kekebalan tubuh (Desmawati, 2013:194).

2.1.6 Manifestasi Klinik

Kebanyakan orang yang terinfeksi HIV tidak menunjukkan gejala pada awal masa infeksi HIV, tetapi beberapa orang menunjukkan gejala mirip penyakit flu dalam waktu satu atau dua bulan setelah infeksi. Gejalanya adalah demam, sakit kepala, kelelahan dan pembengkakan limfa. Gejala tersebut biasanya menghilang dalam waktu satu minggu sampai satu bulan dan sering dikelirukan dengan gejala infeksi virus lainnya. Selama periode ini penderita sangat berpotensi untuk menularkan virus dan HIV yang ditemukan dalam jumlah besar dalam cairan genital.

Gejala yang lebih parah dapat timbul dalam kurun waktu 10 tahun atau lebih setelah HIV pertama kali masuk ke dalam tubuh orang dewasa atau dalam waktu dua tahun pada anak yang dilahirkan tertular HIV dari ibunya. Pada periode yang asimtomatik tersebut, timbulnya sangat bervariasi pada setiap individu. Beberapa orang kadang menunjukkan gejala dalam waktu beberapa bulan setelah terinfeksi, sedangkan yang lain tidak menunjukkan gejala sampai lebih dari 10 tahun. Pada kondisi asimtomatik tersebut, virus sangat aktif berkembang biak (multiplikasi), dapat menular dan membunuh sel pada sistem imun. Yang paling terlihat pada kondisi ini adalah terjadinya penurunan jumlah sel CD4+sel T yang terdapat dalam darah (kurang dari 200 sel,normalnya lebih dari 1000 sel), dan sel

CD4+seIT ini merupakan kuncinya sistem imun untuk melawan agen penyakit. Pada awal infeksi, HIV merusak dan membunuh sel tersebut tanpa menunjukkan gejala penyakit.

Pada saat sistem imun sangat menurun, maka akan terjadi komplikasi oleh infeksi penyakit lain. Pada kebanyakan orang, gejala yang terlihat pertama adalah pembengkakan kelenjar limfe yang terjadi selama lebih dari 3 bulan.

Gejala ini yang terlihat dalam waktu beberapa bulan sampai beberapa tahun adalah :

- a. Terasa kelemahan yang sangat
- b. Bobot badan menurun drastis
- c. Demam dan berkeringat terus menerus
- d. Terjadi infeksi persistem karena jamur (oral atau vaginal)
- e. Kulit kering dan terkelupas
- f. Peradangan pada bagian pinggul pada wanitadan tidak merespons terhadap pengobatan
- g. Hilang ingatan sesaat

Beberapa individu mengalami infeksi virus herpes yang mengakibatkan luka pada mulut, genital atau anus, dan terasa sakit pada sistem saraf. Pada anak, pertumbuhan lambat dan sering menderita berbagai penyakit.

Perjalanan klinik AIDS ditandai dengan penurunan progresif dalam imunokompetens dan episode berulang infeksi oportunistik yang berat.

Spektrum temuan-temuan klinik berkisar dari infeksi asimtomatik dengan HIV sampai berbagai infeksi dan gejala-gejala penurunan imunokmpetens dengan kompleks yang berkaitan AIDS, hingga puncak AIDS dengan diagnosa infeksi yang termasuk penurunan berat badan, demam, berkeringat malam hari, impadenopati, diare, dan batuk non produktif menetap.

Meskipun pasien AIDS adalah sakit serius dan sering dirawat dirumah sakit, ketubuhan mereka akan perawatan kritis terbatas. Infeksi oportunistik yang paling umum adalah pneumonia *pneumcystis carinii* (PPC), pneumonia interstisial yang disebabkan oleh suatu protozoa. Pneumonia ini disertai dengan takipnea, sianosis, batuk non produktif dan permulaan alkalosis respiratorik. Indikasi utama untuk perawatan pasien AIDS adalah ancaman atau aktual kegagalan respiratorik karena PCP. Gejala-gejala gangguan pernapasan sering lebih berat dari yang ditunjukkan oleh pemeriksaan diasnostik seperti sinar-X dada dan nilai gas darah. Oleh karena itu, terapi dini yang agresif dengan trimetoprin dan sulfametoksazole (*bactrin septr*) intravena, atau dengan pentamidin adalah obat pilihan untuk pasien dengan diagnosa atau tersangka PPC. Meskipun dilakukan tindakan darurat dan agresif, banyak pasien yang memerlukan ventilasi mekanik untuk hipoventilasi alveolar yang progresif (Desmawati, 2013:196-168).

2.1.7 Patofisiologi HIV/AIDS

Perjalanan klinis pasien dari tahap terinfeksi HIV sampai tahap AIDS, sejalan dengan penurunan derajat imunitas pasien, terutama imunitas seluler dan menunjukkan gambaran penyakit yang kronis. Penurunan imunitas sering diikuti dengan peningkatan risiko dan terinfeksi HIV, sebagian berkembang menjadi AIDS pada tiga tahun pertama, 50% menjadi AIDS sesudah sepuluh tahun, dan hampir 100% pasien HIV menunjukkan gejala AIDS setelah 13 tahun (sudoyo,2006).

Dalam tubuh ODHA, partikel virus akan bergabung dengan DNA sel pasien, sehingga orang yang terinfeksi HIV seumur hidup akan tetap terinfeksi.sebagian pasien memperlihatkan gejala tidak khas infeksi seperti demam, nyeri menelan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam, diare, atau batuk pada 3-6 minggu setelah terinfeksi (Sudoyo,2006). Kondisi ini dikenal dengan infeksi primer.

Infeksi primer berkaitan dengan periode waktu dimana HIV pertama kali masuk ke dalam tubuh. Pada fase awal proses infeksi (imunokompeten) akan terjadi respon imun berupa peningkatan aktifitas imun, yaitu pada tingkat seluler (HLA-DR; sel T; IL-2R); serum atau humoral (beta-2mikroglobulin, neopterin, CD8,IL-R) dan antibodi upregulation (gp 120,anti p24: IgA)(Hoffmann, Rockstroh, kamps,2006). Induksi sel T-helper dan sel-sel lain diperlukan untuk mempertahankan fungsi sel-sel faktor sistem imun agar tetap berfungsi baik. Infeksi HIV akan menghancurkan sel-sel T, sehingga T-helper tidak dapat memberikan

induksi kepada sel-sel efektor sistem imun seperti t8 sitotoksin, sel NK, monosit dan sel B tidak dapat berfungsi secara baik. Daya tahan tubuh menurun sehingga pasien jatuh kedalam stadium lebih lanjut (Desmawati, 2013:201).

2.1.8 Pembagian Stadium HIV/AIDS :

Menurut Desmawati, 2013. HIV dapat dibagi berdasarkan stadium keparahan sebagai berikut :

a. Stadium Pertama HIV

Infeksi dimulai dengan masuknya HIV dan diikuti terjadinya perubahan serologis ketika antibodi terhadap virus tersebut berubah dari negative menjadi positif. Rentang waktu sejak HIV masuk ke dalam tubuh sampai tes antibodi terhadap HIV menjadi positif disebut window period. Lama window period antara satu sampai tiga bulan, bahkan ada yang dapat berlangsung sampai enam bulan.

b. Stadium kedua Asimtomatik (tanpa gejala)

Asimtomatik berarti bahwa di dalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh tidak menunjukkan gejala-gejala. Keadaan ini dapat berlangsung selama 5-10 tahun. Cairan tubuh pasien HIV-AIDS yang tampak sehat ini sudah dapat menularkan HIV kepada orang lain.

c. Stadium ketiga

Pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (persistent generalizedlymphadenopathy), tidak hanya muncul pada satu tempat saja, dan berlangsung lebih dari satu bulan.

d. Stadium keempat AIDS

Keadaan ini disertai dengan adanya bermacam-macam penyakit, antara lain penyakit konstitusional, penyakit syaraf dan penyakit infeksi sekunder (Wandoyo G,2007).

2.1.9 Faktor Yang Berperan Dalam Penularan HIV Dari Ibu Ke Anak

Berdasarkan Kemenkes RI (2012:11-12) ada tiga faktor utama yang berpengaruh pada penularan HIV dari ibu ke anak, yaitu faktor ibu, bayi/anak, dan tindakan obstetrik.

a. Faktor Ibu

1) Jumlah virus (viral load)

Jumlah virus HIV dalam darah ibu saat menjelang atau saat persalinan dan jumlah virus dalam air susu ibu ketika ibu menyusui bayinya sangat mempengaruhi penularan HIV dari ibu ke anak. Risiko penularan HIV menjadi sangat kecil jika kadar HIV rendah (kurang dari 1.000 kopi/ml) dan sebaliknya jika kadar HIV di atas 100.000 kopi/ml.

2) Jumlah sel CD4

Ibu dengan jumlah sel CD4 rendah lebih berisiko menularkan HIV ke bayinya. Semakin rendah jumlah sel CD4 risiko penularan HIV semakin besar.

3) Status gizi selama hamil

Berat badan rendah serta kekurangan vitamin dan mineral selama hamil meningkatkan risiko ibu untuk menderita penyakit infeksi yang dapat meningkatkan jumlah virus dan risiko penularan HIV ke bayi.

4) Penyakit infeksi selama hamil

Penyakit infeksi seperti sifilis, infeksi menular seksual, infeksi saluran reproduksi lainnya, malaria, dan tuberkulosis, berisiko meningkatkan jumlah virus dan risiko penularan HIV ke bayi.

5) Gangguan pada payudara

Gangguan pada payudara ibu dan penyakit lain, seperti mastitis, abses, dan luka di puting payudara dapat meningkatkan risiko penularan HIV melalui ASI.

b. Faktor Bayi

1) Usia kehamilan dan berat badan bayi saat lahir

Bayi lahir prematur dengan berat badan lahir rendah (BBLR) lebih rentan tertular HIV karena sistem organ dan sistem kekebalan tubuhnya belum berkembang dengan baik.

2) Periode pemberian ASI

Semakin lama ibu menyusui, risiko penularan HIV ke bayi akan semakin besar.

3) Adanya luka di mulut bayi

Bayi dengan luka di mulutnya lebih berisiko tertular HIV ketika diberikan ASI.

4) Faktor obstetrik

Pada saat persalinan, bayi terpapar darah dan lendir ibu di jalan lahir. Faktor obstetrik yang dapat meningkatkan risiko penularan HIV dari ibu ke anak selama persalinan adalah:

5) Jenis persalinan

Risiko penularan persalinan per vaginam lebih besar daripada persalinan melalui bedah sesar (seksio sesaria).

6) Lama persalinan

Semakin lama proses persalinan berlangsung, risiko penularan HIV dari ibu ke anak semakin tinggi, karena semakin lama terjadinya kontak antara bayi dengan darah dan lendir ibu.

7) Ketuban pecah dini

Ketuban pecah lebih dari 4 jam sebelum persalinan meningkatkan risiko penularan hingga dua kali lipat dibandingkan jika ketuban pecah kurang dari 4 jam.

8) Tindakan episiotomi, ekstraksi vakum dan forseps meningkatkan risiko penularan HIV karena berpotensi melukai ibu atau bayi.

2.1.10 Waktu Dan Risiko Penularan HIV Dari Ibu Ke Anak

Pada saat hamil, sirkulasi darah janin dan sirkulasi darah ibu dipisahkan oleh beberapa lapis sel yang terdapat di plasenta. Plasenta melindungi janin dari infeksi HIV. Tetapi, jika terjadi peradangan, infeksi ataupun kerusakan pada plasenta, maka HIV bisa menembus plasenta, sehingga terjadi penularan HIV dari ibu ke anak.

Penularan HIV dari ibu ke anak pada umumnya terjadi pada saat persalinan dan pada saat menyusui. Risiko penularan HIV pada ibu yang tidak mendapatkan penanganan PPIA saat hamil diperkirakan sekitar 15-45%. Risiko penularan 15-30% terjadi pada saat hamil dan bersalin, sedangkan peningkatan risiko transmisi HIV sebesar 10-20% dapat terjadi pada masa nifas dan menyusui.

Apabila ibu tidak menyusui bayinya, risiko penularan HIV menjadi 20-30% dan akan berkurang jika ibu mendapatkan pengobatan ARV. Pemberian ARV jangka pendek dan ASI eksklusif memiliki risiko penularan HIV sebesar 15-25% dan risiko penularan sebesar 5-15% apabila ibu tidak menyusui (PASI). Akan tetapi, dengan terapi antiretroviral (ArT) jangka panjang, risiko penularan HIV dari ibu ke anak dapat diturunkan lagi hingga 1-5%, dan ibu yang menyusui secara eksklusif memiliki risiko yang sama untuk menularkan HIV ke anaknya dibandingkan dengan ibu yang tidak menyusui (De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, et al. JAMA 2000; 283:1175-82). Dengan pelayanan PPIA yang baik, maka tingkat penularan dapat diturunkan menjadi kurang dari 2% (Kemenkes RI, 2012:13).

2.2 Konsep PPIA

2.2.1 Pengertian PPIA

Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) atau *Prevention of Mother-to Child Transmission* (PMTCT) merupakan bagian dari upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia serta Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Layanan PPIA diintegrasikan dengan paket layanan KIA, KB, kesehatan reproduksi, dan kesehatan remaja di setiap jenjang pelayanan kesehatan dalam strategi Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) HIV dan AIDS (Kemenkes RI, 2013:8).

2.2.2 Perkembangan Program PPIA

Upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak telah dilaksanakan di Indonesia sejak tahun 2004, khususnya di daerah dengan tingkat epidemi HIV tinggi. PPIA merupakan bagian dari upaya pengendalian HIV-AIDS dan IMS lainnya melalui pelayanan KIA. Pada saat itu, upaya yang dilakukan terfokus pada penyusunan pedoman nasional, penyusunan modul pelatihan, pelatihan PPIA, pembentukan jejaring pelayanan dan memulai membenahan sistem pencatatan dan pelaporan. Pada waktu itu pemeriksaan HIV pada ibu hamil hanya dilakukan pada ibu dengan perilaku berisiko (Kemenkes RI, 2015:7).

Sebagai akibat dari adanya stigma dan perilaku diskriminatif di lingkungan kesehatan pada awal upaya PPIA, serta kurangnya perhatian dan dukungan dari pengelola program, maka pengembangan program berjalan

lambat. Hingga akhir tahun 2011 baru terdapat 94 layanan PPIA (Kemenkes, 2011), yang baru menjangkau sekitar 7% dari perkiraan jumlah ibu hamil yang memerlukan layanan PPIA. Untuk perluasan jangkauan dan akses layanan bagi masyarakat, Program PPIA juga dilaksanakan oleh beberapa lembaga masyarakat (Kemenkes RI, 2015:7).

Peningkatan akses program dan pelayanan PPIA selanjutnya ditingkatkan untuk mengendalikan penularan HIV dari ibu ke anak, seiring dengan semakin banyak ditemukan ibu hamil dengan HIV. pada tahun 2013 Kementerian Kesehatan mengeluarkan Surat Edaran Menteri Kesehatan No 001/GK/2013 tentang Layanan PPIA yang disertai dengan Rencana Aksi Nasional (RAN) PPIA 2013-2017. Dengan terbitnya surat edaran tersebut, kegiatan PPIA diintegrasikan ke dalam pelayanan KIA, KB dan konseling remaja (Kemenkes RI, 2015:8).

Surat edaran tersebut selanjutnya diperkuat oleh Peraturan Menteri Kesehatan No 51/2013 tentang Pedoman PPIA dan Peraturan Menteri Kesehatan No 21/2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS. Berdasarkan surat edaran tersebut, semua ibu hamil di daerah epidemi meluas dan terkonsentrasi dalam pelayanan antenatal wajib mendapatkan tes HIV yang inklusif dalam pemeriksaan laboratorium rutin, bersama tes lainnya, sejak kunjungan pertama sampai menjelang persalinan. Untuk daerah epidemi rendah, tes HIV diprioritaskan untuk ibu hamil dengan IMS dan tuberkulosis (TB) (Kemenkes RI, 2015:8).

2.2.3 KEBIJAKAN PPIA

Kebijakan Program Nasional Pengendalian HIV-AIDS dan IMS untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak meliputi:

- a. Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak dilaksanakan oleh seluruh fasilitas pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta sebagai bagian dari Layanan Komprehensif Berkesinambungan dan menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif.
- b. Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak diprioritaskan pada daerah dengan epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi, sedangkan upaya pencegahan IMS dan eliminasi sifilis kongenital dapat dilaksanakan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan tanpa melihat tingkat epidemi HIV.
- c. Memaksimalkan kesempatan tes HIV dan sifilis bagi perempuan usia reproduksi (seksual aktif), ibu hamil dan pasangannya dengan penyediaan tes diagnosis cepat HIV dan sifilis; memperkuat jejaring rujukan layanan HIV dan IMS (termasuk akses pengobatan ARV); dan pengintegrasian kegiatan PPIA ke layanan KIA, KB, kesehatan reproduksi, dan kesehatan remaja.
- d. Pendekatan intervensi struktural, dengan melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk peningkatan kapasitas dan pengembangan kebijakan yang mendukung pelaksanaan program.

- e. Peran aktif berbagai pihak termasuk mobilisasi masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan pengembangan upaya PPIA (Kemenkes RI, 2013:8-9).

Dengan memperhatikan hal tersebut di atas, kebijakan PPIA terintegrasi dalam Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak yang komprehensif Tahun 2013-2017 adalah sebagai berikut:

- a. Pelayanan pencegahan penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) diintegrasikan pada layanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB) dan Konseling Remaja di setiap jenjang pelayanan kesehatan dengan ekspansi secara bertahap dan melibatkan peran swasta, LSM dan komunitas.
- b. PPIA dalam pelayanan KIA merupakan bagian dari Program Nasional Pengendalian HIV-AIDS dan IMS.
- c. Setiap perempuan yang datang ke layanan KIA-KB dan remaja harus mendapatkan informasi mengenai PPIA.
- d. Didaerah epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi, tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan.
- e. Di daerah epidemi HIV rendah, penawaran tes HIV oleh tenaga kesehatan diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB. Pemeriksaan dilakukan secara inklusif dengan pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan.

- f. Daerah yang belum mempunyai tenaga kesehatan yang mampu / berwenang memberikan pelayanan PPIA, dapat dilakukan dengan cara:
- 1) Merujuk ibu hamil ke fasilitas pelayanan HIV yang memadai
 - 2) Pelimpahan wewenang (task shifting) kepada tenaga kesehatan lain yang terlatih. Penetapan daerah yang memerlukan task shifting petugas, diputuskan oleh kepala dinas kesehatan setempat
- g. Setiap ibu hamil yang positif HIV wajib diberi obat ARV dan mendapatkan pelayanan perawatan, dukungan dan pengobatan lebih lanjut (PDP).
- h. Kepala Dinas Kesehatan merencanakan ketersediaan logistik (obat dan tes HIV) berkoordinasi dengan Ditjen PP&PL Kemenkes.
- i. Pelaksanaan Persalinan, baik pervaginam atau per abdominal harus memperhatikan indikasi obstetrik ibu dan bayinya serta harus menerapkan kewaspadaan standar.
- j. Sesuai dengan kebijakan program bahwa makanan terbaik untuk bayi adalah pemberian ASI secara eksklusif 0-6 bulan. Untuk itu maka Ibu dengan HIV perlu mendapat konseling laktasi dengan baik sejak perawatan antenatal pertama sesuai dengan pedoman. Namun apabila ibu memilih lain (susu formula), maka ibu, pasangannya dan keluarga perlu mendapat konseling makanan bayi yang memenuhi persyaratan teknis. (Kemenkes RI, 2013:20).

2.2.4 STRATEGI PPIA

Pengembangan strategi implementasi PPIA merupakan bagian dari tujuan utama pengendalian HIV-AIDS, yaitu untuk menurunkan kasus HIV serendah mungkin dengan menurunnya jumlah infeksi HIV baru, mengurangi stigma dan diskriminasi, serta menurunnya kematian akibat AIDS (Getting to Zero). Pelaksanaan PPIA perlu memperhatikan hal-hal berikut:

- a. Semua perempuan yang datang ke pelayanan KIA, KB, dan kesehatan reproduksi, dan kesehatan remaja bisa mendapatkan informasi terkait reproduksi sehat, penyakit IMS/ HIV, dan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak selama masa kehamilan dan menyusui.
- b. Tes HIV, skrining IMS dan tes sifilis merupakan pemeriksaan yang wajib ditawarkan kepada semua ibu hamil pada daerah epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi yang datang ke layanan KIA/KB. Di layanan KIA tes HIV, skrining IMS dan tes sifilis ditawarkan sebagai bagian dari paket perawatan antenatal terpadu mulai kunjungan antenatal pertama hingga menjelang persalinan. Apabila ibu menolak untuk dites HIV, petugas dapat melaksanakan konseling pra-tes HIV atau merujuk ke layanan konseling dan testing sukarela.
- c. Konseling pasca tes bagi ibu yang hasil tesnya positif sedapatnya dilaksanakan bersamaan (*couple counselling*), termasuk pemberian kondom sebagai alat pencegahan penularan IMS dan HIV di fasilitas pelayanan kesehatan.

- d. Perlu partisipasi laki-laki dalam mendukung keberhasilan PPIA (Kemenkes RI, 2013:9).

Strategi dalam upaya Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak yang komprehensif Tahun 2013-2017 berdasarkan Kemenkes RI meliputi :

- a. PPIA dilaksanakan di seluruh Indonesia dengan ekspansi bertahap.
- b. Semua fasilitas pelayanan kesehatan harus dapat memberikan pelayanan PPIA
- c. Perlu adanya jejaring pelayanan PPIA sebagai bagian dari Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB)
- d. Melibatkan peran swasta, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) maupun komunitas secara keseluruhan
- e. Daerah menetapkan wilayah yang memerlukan task shifting
- f. Ketersediaan logistik (obat dan pemeriksaan task shifting) (Kemenkes RI, 2013:21).

2.2.5 Tujuan PPIA

Berdasarkan Rencana Aksi Nasional PPIA Kemenkes RI (2013:6) Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) memiliki tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum yaitu mengendalikan penularan HIV melalui upaya pencegahan penularan dari Ibu ke Anak, meningkatkan kualitas hidup ibu dan anak yang terinfeksi HIV, serta menurunkan tingkat kesakitan dan kematian akibat HIV. Tujuan khusus PPIA yang sesuai dengan target MDGs yaitu :

- a. Mencegah Penularan HIV dari Ibu ke Anak dan Menurunnya jumlah kasus baru HIV pada anak serendah mungkin
- b. Mengurangi dampak epidemi HIV terhadap Ibu dan Anak dan menurunnya angka kematian ibu dan anak serendah mungkin
- c. Meningkatkan kualitas hidup ibu hamil dan anak dengan HIV

Tujuan Pedoman Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu Ke Anak Berdasarkan Permenkes RI no 51 tahun 2013 yaitu untuk :

- a. Mengembangkan dan melaksanakan kegiatan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak
- b. Mengembangkan kapasitas sumber daya dan tenaga pelaksana di pusat dan daerah
- c. Sebagai sarana untuk memobilisasi dan meningkatkan komitmen dari berbagai pihak dan masyarakat agar tercipta lingkungan yang kondusif untuk pelaksanaan (Kemenkes RI, 2013:10).

2.2.6 Landasan Hukum

- a. UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
- b. Peraturan Pemerintah No 41 Tahun 2007 Tentang Organisasi Perangkat Daerah.
- c. Peraturan Pemerintah No 38 Tahun 2007 Tentang Pembagian Urusan Pemerintah antara Pemerintahan Propinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota.
- d. Peraturan Presiden Nomor 5 tahun 2010 tentang RPJMN 2010-2014.

- e. Peraturan Menteri kesehatan RI No. 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/ Kota.
- f. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.03.01/160/2010 tentang Rencana Strategi Kementerian Kesehatan tahun 2010-2014.
- g. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1932/ MENKES/SK/IX/2011 tentang Kelompok Kerja Pengendalian HIV-AIDS Kementerian Kesehatan.
- h. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif.
- i. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1907/MENKES/Per/VI/2011 tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar Jamkesmas.
- j. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 411/MENKES/Per/III/2010 tentang Laboratorium Klinik.
- k. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128 Tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas.
- l. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 782/MENKES/SK/IV/2011 tentang Rumah Sakit Rujukan Bagi Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA)

2.2.7 Sasaran

Sasaran Pedoman Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu Ke Anak Berdasarkan Permenkes RI no 51 tahun 2013 yaitu ditujukan untuk semua

pihak yang berkepentingan dalam upaya pengembangan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak di Indonesia, termasuk:

- a. Tenaga kesehatan, yaitu dokter, dokter spesialis, bidan, perawat dan tenaga terkait lainnya yang bertugas di layanan kesehatan dasar dan rujukan, fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta.
- b. Pengelola program dan petugas pencatatan-pelaporan di layanan dasar dan rujukan, terutama layanan HIV-AIDS dan IMS, layanan KIA, KB, kesehatan reproduksi, kesehatan remaja, baik di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah maupun swasta.
- c. Pemangku kepentingan (*stakeholder*) baik Pemerintah maupun Non Pemerintah, yang terkait dengan penyediaan layanan HIV-AIDS dan IMS.
- d. Kelompok profesi dan kelompok seminat bidang kesehatan terkait layanan kesehatan bagi ODHA, layanan KIA, KB, kesehatan reproduksi, kesehatan remaja, IMS, dan layanan lainnya (Kemenkes RI, 2013:11).

2.2.8 Kegiatan PPIA

Berdasarkan Permenkes RI no 51 tahun 2013 Tentang Pedoman Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu Ke Anak, PPIA dilaksanakan melalui kegiatan komprehensif yang meliputi empat pilar (4 prong), yaitu:

- a. Pencegahan Penularan Hiv Pada Perempuan Usia Reproduksi (15-49 tahun)

Langkah dini yang paling efektif untuk mencegah terjadinya penularan HIV pada anak adalah dengan mencegah penularan HIV pada perempuan usia reproduksi 15-49 tahun (pencegahan primer). Pencegahan primer bertujuan mencegah penularan HIV dari ibu ke anak secara dini, yaitu baik sebelum terjadinya perilaku hubungan seksual berisiko atau bila terjadi perilaku seksual berisiko maka penularan masih bisa dicegah, termasuk mencegah ibu dan ibu hamil agar tidak tertular oleh pasangannya yang terinfeksi HIV (Kemenkes RI, 2013:18).

Upaya pencegahan ini tentunya harus dilakukan dengan penyuluhan dan penjelasan yang benar terkait penyakit HIV-AIDS, dan penyakit IMS dan didalam koridor kesehatan reproduksi. Isi pesan yang disampaikan tentunya harus memperhatikan usia, norma, dan adat istiadat setempat, sehingga proses edukasi termasuk peningkatan pengetahuan komprehensif terkait HIV-AIDS dikalangan remaja semakin baik (Kemenkes RI, 2013:18).

Untuk menghindari perilaku seksual yang berisiko upaya mencegah penularan HIV menggunakan strategi “ABCD”, yaitu:

- 1) A (*Abstinence*), artinya Absen seks atau tidak melakukan hubungan seks bagi orang yang belum menikah.
- 2) B (*Be Faithful*), artinya Bersikap saling setia kepada satu pasangan seks (tidak berganti-ganti pasangan).
- 3) C (*Condom*), artinya cegah penularan HIV melalui hubungan seksual dengan menggunakan kondom.

4) D (*Drug No*), artinya Dilarang menggunakan narkoba

(Kemenkes RI, 2013:18).

Hal-hal yang dijadikan kegiatan yang dapat dilakukan pada pencegahan primer antara lain:

- 1) Menyebarluaskan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) tentang HIV-AIDS dan Kesehatan Reproduksi, baik secara individu maupun kelompok, Sebaiknya pesan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak juga disampaikan kepada remaja, sehingga mereka mengetahui cara agar tidak terinfeksi HIV. Informasi tentang pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak juga penting disampaikan kepada masyarakat luas sehingga dukungan masyarakat kepada ibu dengan HIV dan keluarganya semakin kuat (Kemenkes RI, 2013:19)
- 2) Mobilisasi masyarakat
 - a) Melibatkan petugas lapangan (seperti kader kesehatan/PKK, PLKB, atau posyandu) sebagai pemberi informasi pencegahan HIV dan IMS kepada masyarakat dan untuk membantu klien mendapatkan akses layanan kesehatan
 - b) Menjelaskan tentang cara pengurangan risiko penularan HIV dan IMS, termasuk melalui penggunaan kondom dan alat suntik steril
 - c) Melibatkan komunitas, kelompok dukungan sebaya, tokoh agama dan tokoh masyarakat dalam menghilangkan stigma dan diskriminasi (Kemenkes RI, 2013:19).
- 3) Layanan tes HIV

Konseling dan tes HIV dilakukan melalui pendekatan Konseling dan Tes atas Inisiasi Petugas Kesehatan (KTIP) dan Konseling dan Tes Sukarela (KTS), yang merupakan komponen penting dalam upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak. Cara untuk mengetahui status HIV seseorang adalah melalui tes darah.

Prosedur pelaksanaan tes darah dilakukan dengan memperhatikan 3C yaitu *Counselling, Confidentiality, dan Informed Consent*. Jika status HIV ibu sudah diketahui HIV positif maka dilakukan intervensi PPIA komprehensif agar ibu tidak menularkan HIV kepada bayi yang dikandungnya. Dan jika HIV negatif maka dilakukan konseling tentang cara menjaga agar tetap HIV negatif.

Layanan konseling dan tes HIV diintegrasikan dengan pelayanan KIA sesuai dengan strategi Layanan Komprehensif Berkesinambungan, agar:

- a) Konseling dan tes HIV dapat ditawarkan kepada semua ibu hamil dalam paket pelayanan ANC terpadu, sehingga akan mengurangi stigma terhadap HIV-AIDS;
- b) Layanan konseling dan tes HIV di layanan KIA akan menjangkau banyak ibu hamil, sehingga pencegahan penularan ibu ke anaknya dapat dilakukan lebih awal dan sedini mungkin.
- c) Penyampaian informasi dan tes HIV dapat dilakukan oleh semua petugas di fasilitas pelayanan kesehatan kepada semua ibu hamil

dalam paket pelayanan ANC terpadu, sehingga akan mengurangi stigma terhadap HIV-AIDS.

- d) Pelaksanaan konseling dan tes HIV mengikuti Pedoman Konseling dan Tes HIV; petugas wajib menawarkan tes HIV dan melakukan pemeriksaan IMS, termasuk tes sifilis, kepada semua ibu hamil mulai kunjungan antenatal pertama bersama dengan pemeriksaan laboratorium lain untuk ibu hamil (inklusif dalam paket pelayanan ANC terpadu).
- e) Tes HIV ditawarkan juga bagi pasangan laki-laki perempuan dan ibu hamil yang dites (*couple counselling*);
- f) Di setiap jenjang layanan kesehatan yang memberikan layanan PPIA dalam paket pelayanan KIA, harus ada petugas yang mampu melakukan konseling dan tes HIV;
- g) Di layanan KIA, konseling pasca tes bagi perempuan HIV negatif difokuskan pada informasi dan bimbingan agar klien tetap HIV negatif selama kehamilan, menyusui dan seterusnya;
- h) Konseling penyampaian hasil tes bagi perempuan atau ibu hamil yang HIV positif juga memberikan kesempatan untuk dilakukan konseling berpasangan dan penawaran tes HIV bagi pasangan laki-laki;
- i) Pada setiap jenjang pelayanan kesehatan, aspek kerahasiaan ibu hamil ketika mengikuti proses konseling sebelum dan sesudah tes HIV harus terjamin;

- j) Menjalankan konseling dan tes HIV di klinik KIA berarti mengintegrasikan juga program HIV-AIDS dengan layanan lainnya, seperti pemeriksaan rutin untuk IMS, pengobatan IMS, layanan kesehatan reproduksi, pemberian gizi tambahan, dan keluarga berencana;
 - k) Upaya pengobatan IMS menjadi satu paket dengan pemberian kondom sebagai bagian dari upaya pencegahan (Kemenkes RI, 2013:19-20)
- 4) Dukungan untuk perempuan yang HIV negatif yaitu :
- a) Ibu hamil yang hasil tesnya HIV negatif perlu didukung agar status dirinya tetap HIV negatif.
 - b) Menganjurkan agar pasangannya menjalani tes HIV.
 - c) Membuat pelayanan KIA yang bersahabat untuk pria, sehingga mudah dan dapat diakses oleh suami/pasangan ibu hamil.
 - d) Mengadakan kegiatan konseling berpasangan pada saat kunjungan ke layanan KIA.
 - e) Peningkatan pemahaman tentang dampak HIV pada ibu hamil, dan mendorong dialog yang lebih terbuka antara suami dan istri/pasangannya tentang perilaku seksual yang aman.
 - f) Memberikan informasi kepada pasangan laki-laki atau suami bahwa dengan melakukan hubungan seksual yang tidak aman, dapat berakibat pada kematian calon bayi, istri dan dirinya sendiri.

g) Menyampaikan informasi kepada pasangan laki-laki atau suami tentang pentingnya memakai kondom untuk mencegah penularan HIV (Kemenkes RI, 2013:20-21).

b. Pencegahan Kehamilan Yang Tidak Direncanakan Pada Perempuan Dengan HIV

Perempuan dengan HIV berpotensi menularkan virus kepada bayi yang dikandungnya jika hamil. Karena itu, ODHA perempuan disarankan untuk mendapatkan akses layanan yang menyediakan informasi dan sarana kontrasepsi yang aman dan efektif untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan. Konseling yang berkualitas, penggunaan alat kontrasepsi yang aman dan efektif serta penggunaan kondom secara konsisten akan membantu perempuan dengan HIV agar melakukan hubungan seksual yang aman, serta menghindari terjadinya kehamilan yang tidak direncanakan (Kemenkes RI, 2013:21).

Sejalan dengan kemajuan pengobatan HIV dan intervensi PPIA, ibu dengan HIV dapat merencanakan kehamilannya dan diupayakan agar bayinya tidak terinfeksi HIV. Petugas kesehatan harus memberikan informasi yang lengkap tentang berbagai kemungkinan yang dapat terjadi, terkait kemungkinan terjadinya penularan, peluang anak untuk tidak terinfeksi HIV. Dalam konseling perlu juga disampaikan bahwa perempuan dengan HIV yang belum terindikasi untuk terapi ARV bila memutuskan untuk hamil akan menerima ARV seumur hidupnya (Kemenkes RI, 2013:22).

Jika ibu sudah mendapatkan terapi ARV, jumlah virus HIV di tubuhnya menjadi sangat rendah (tidak terdeteksi), sehingga risiko penularan HIV dari ibu ke anak menjadi kecil, Artinya, ia mempunyai peluang besar untuk memiliki anak HIV negatif. Ibu dengan HIV berhak menentukan keputusannya sendiri atau setelah berdiskusi dengan pasangan, suami atau keluarganya. Perlu selalu diingatkan walau ibu/pasangannya sudah mendapatkan ARV demikian penggunaan kondom harus tetap dilakukan setiap hubungan seksual untuk pencegahan penularan HIV pada pasangannya (Kemenkes RI, 2013:22).

Beberapa kegiatan untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan pada ibu dengan HIV antara lain:

- 1) Mengadakan KIE tentang HIV-AIDS dan perilaku seks aman
- 2) Menjalankan konseling dan tes HIV untuk pasangan
- 3) Melakukan upaya pencegahan dan pengobatan IMS
- 4) Melakukan promosi penggunaan kondom
- 5) Memberikan konseling pada perempuan dengan HIV untuk ikut KB dengan menggunakan metode kontrasepsi dan cara yang tepat
- 6) Memberikan konseling dan memfasilitasi perempuan dengan HIV yang ingin merencanakan kehamilan. (Kemenkes RI, 2013:22).

c. Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu Hamil Dengan HIV Ke Bayi Yang Dikandungnya

Strategi pencegahan penularan HIV pada ibu hamil yang telah terinfeksi HIV ini merupakan inti dari kegiatan Pencegahan Penularan

HIV dari Ibu ke Anak. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak yang komprehensif mencakup kegiatan sebagai berikut:

- 1) Layanan ANC terpadu termasuk penawaran dan tes HIV
- 2) Diagnosis HIV
- 3) Pemberian terapi antiretroviral
- 4) Persalinan yang aman
- 5) Tatalaksana pemberian makanan bagi bayi dan anak;
- 6) Menunda dan mengatur kehamilan;
- 7) Pemberian profilaksis ARV dan kotrimoksazol pada anak;
- 8) Pemeriksaan diagnostik HIV pada anak.

Semua jenis kegiatan di atas akan mencapai hasil yang efektif jika dijalankan secara berkesinambungan. Kombinasi kegiatan tersebut merupakan strategi yang paling efektif untuk mengidentifikasi perempuan yang terinfeksi HIV serta mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke anak pada periode kehamilan, persalinan dan pasca kelahiran (Kemenkes RI, 2013:22).

Pelayanan KIA yang komprehensif meliputi pelayanan pra-, persalinan dan pasca-persalinan, serta layanan kesehatan anak. Pelayanan KIA bisa menjadi pintu masuk upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak bagi seorang ibu hamil. Pemberian informasi pada ibu hamil dan suaminya ketika datang ke klinik KIA akan meningkatkan kesadaran dan kewaspadaan mereka tentang kemungkinan adanya risiko penularan HIV di antara mereka, termasuk risiko lanjutan berupa penularan HIV dari ibu

ke anak. Tes HIV atas inisiatif petugas serta skrining IMS harus ditawarkan kepada semua ibu hamil sesuai kebijakan program. Harapannya, dengan kesadaran sendiri ibu maudites dengan sukarela (Kemenkes RI, 2013:23).

Konseling dan tes HIV dalam PPIA komprehensif dilakukan melalui pendekatan konseling dan tes atas Inisiasi Petugas kesehatan (KTIP), yang merupakan komponen penting dalam upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak. Tujuan utama kegiatan ini adalah untuk membuat keputusan klinis dan/atau menentukan pelayanan medis khusus yang tidak mungkin dilaksanakan tanpa mengetahui status HIV seseorang, seperti pada saat pemberian ARV. Apabila seseorang yang datang ke layanan kesehatan dan menunjukkan adanya gejala yang mengarah ke HIV, tanggung jawab dasar dari petugas kesehatan adalah menawarkan tes dan konseling HIV kepada pasien tersebut sebagai bagian dari tatalaksana klinis (Kemenkes RI, 2013:23).

Berbagai bentuk layanan di klinik KIA, seperti imunisasi untuk ibu, pemeriksaan IMS terutama sifilis, pemberian suplemen zat besi dapat meningkatkan status kesehatan semua ibu hamil, termasuk ibu hamil dengan HIV. Hendaknya klinik KIA juga menjangkau dan melayani suami atau pasangannya, sehingga timbul keterlibatan aktif para suami/pasangannya dalam upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak. Upaya pencegahan IMS, termasuk penggunaan kondom, merupakan

bagian pelayanan IMS dan HIV serta diintegrasikan dalam pelayanan KIA (Kemenkes RI, 2013:23).

1) layanan ANC terpadu termasuk penawaran dan tes HIV

Pelayanan tes HIV merupakan upaya membuka akses bagi ibu hamil untuk mengetahui status HIV, sehingga dapat melakukan upaya untuk mencegah penularan HIV ke bayinya, memperoleh pengobatan ARV sedini mungkin, dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan tentang HIV-AIDS (Kemenkes RI, 2013:23).

2) Diagnosis HIV

Pemeriksaan diagnostik infeksi HIV dapat dilakukan secara virologis (mendeteksi antigen DNA atau RNA) dan serologis (mendeteksi antibodi HIV) pada spesimen darah. Pemeriksaan diagnostik infeksi HIV yang dilakukan di Indonesia umumnya adalah pemeriksaan serologis menggunakan tes cepat (*Rapid Test HIV*) atau ELISA. Pemeriksaan diagnostik tersebut dilakukan secara serial dengan menggunakan tiga reagen HIV yang berbeda dalam hal preparasi antigen, prinsip tes, dan jenis antigen, yang memenuhi kriteria sensitivitas dan spesifitas. Hasil pemeriksaan dinyatakan reaktif jika hasil tes dengan reagen 1 (A1), reagen 2 (A2), dan reagen 3 (A3) ketiganya positif (Strategi 3). Pemilihan jenis reagen yang digunakan berdasarkan sensitivitas dan spesifitas, merujuk pada Standar Pelayanan Laboratorium Kesehatan Pemeriksa HIV dan

Infeksi Oportunistik, Kementerian Kesehatan (SK Menkes No. 241 tahun 2006).

Untuk ibu hamil dengan faktor risiko yang hasil tesnya indeterminate, tes diagnostik HIV dapat diulang dengan bahan baru yang diambil minimal 14 hari setelah yang pertama dan setidaknya tes ulang menjelang persalinan (32-36 minggu) (Kemenkes RI, 2013:24).

3) Pemberian terapi Antiretroviral

Sampai sekarang belum ada obat yang dapat menyembuhkan HIV-AIDS, namun dengan terapi antiretroviral, jumlah virus di dalam tubuh dapat ditekan sangat rendah, sehingga ODHA dapat tetap hidup layaknya orang sehat. Berdasarkan Kemenkes RI (2013:25) terapi ARV bertujuan untuk:

- a) Mengurangi laju penularan HIV di masyarakat
- b) Menurunkan angka kesakitan dan kematian yang berhubungan dengan HIV
- c) Memperbaiki kualitas hidup ODHA
- d) Memulihkan dan memelihara fungsi kekebalan tubuh
- e) Menekan replikasi virus secara maksimal

Cara paling efektif untuk menekan replikasi HIV adalah dengan memulai pengobatan dengan kombinasi ARV yang efektif. Semua obat yang dipakai harus dimulai pada saat yang bersamaan pada pasien baru. Terapi kombinasi ARV harus menggunakan dosis dan jadwal yang tepat. Obat ARV harus diminum terus menerus secara

teratur untuk menghindari timbulnya resistensi. Diperlukan peran serta aktif pasien dan pendamping / keluarga dalam terapi ARV. Di samping ARV, timbulnya infeksi oportunistik harus mendapat perhatian dan tatalaksana yang sesuai (Kemenkes RI, 2013:26).

Pemberian terapi antiretroviral (ARV) untuk ibu hamil dengan HIV mengikuti Pedoman Tatalaksana Klinis dan Terapi Antiretroviral pada Orang Dewasa, Kementerian Kesehatan (2011). Penentuan saat yang tepat untuk memulai terapi obat antiretroviral (ARV) pada ODHA dewasa didasarkan pada kondisi klinis pasien (stadium klinis WHO) atau hasil pemeriksaan CD4. Namun pada ibu hamil, pasien TB dan penderita Hepatitis B kronik aktif yang terinfeksi HIV, pengobatan ARV dapat dimulai pada stadium klinis apapun atau tanpa menunggu hasil pemeriksaan CD4. Pemeriksaan CD4 tetap diperlukan untuk pemantauan pengobatan (Kemenkes RI, 2013:26).

Pemberian ARV pada ibu hamil dengan HIV selain dapat mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke anak, adalah untuk mengoptimalkan kondisi kesehatan ibu dengan cara menurunkan kadar HIV serendah mungkin. Pemberian ARV untuk ibu hamil dengan HIV mengikuti Pedoman Tatalaksana Klinis dan Terapi Antiretroviral pada Orang Dewasa, Kementerian Kesehatan (2011). Pemberian ARV disesuaikan dengan kondisi klinis ibu dan mengikuti ketentuan sebagai berikut:

a) Ibu hamil merupakan indikasi pemberian ARV.

- b) Untuk perempuan yang status HIV-nya diketahui sebelum hamil, dan pasien sudah mendapatkan ARV, maka saat hamil ARV tetap diteruskan dengan regimen yang sama seperti saat sebelum hamil.
 - c) Untuk ibu hamil yang status HIV-nya diketahui sebelum umur kehamilannya 14 minggu, jika ada indikasi dapat diberikan ARV. Namun jika tidak ada indikasi, pemberian ARV ditunggu hingga umur kehamilannya 14 minggu. Regimen ARV yang diberikan sesuai dengan kondisi klinis ibu.
 - d) Untuk ibu hamil yang status HIV-nya diketahui pada umur kehamilan \geq 14 minggu, segera diberikan ARV berapapun nilai CD4 dan stadium klinisnya. Regimen ARV yang diberikan sesuai dengan kondisi klinis ibu.
 - e) Untuk ibu hamil yang status HIV-nya diketahui sesaat menjelang persalinan, segera diberikan ARV sesuai kondisi klinis ibu. Pilihan kombinasi regimen ARV sama dengan ibu hamil yang lain (Kemenkes RI, 2013:27).
- 4) Persalinan aman

Pemilihan persalinan yang aman diputuskan oleh ibu setelah mendapatkan konseling lengkap tentang pilihan persalinan, risiko penularan, dan berdasarkan penilaian dari tenaga kesehatan. Pilihan persalinan meliputi persalinan per vaginam dan per abdominam (bedah sesar atau seksio sesarea) (Kemenkes RI, 2013:30).

Dalam konseling perlu disampaikan mengenai manfaat terapi ARV sebagai cara terbaik mencegah penularan HIV dari ibu ke anak. Dengan terapi ARV yang sekurangnya dimulai pada minggu ke-14 kehamilan, persalinan per vaginam merupakan persalinan yang aman. Apabila tersedia fasilitas pemeriksaan *viral load*, dengan *viral load* < 1.000 kopi/ μ L, persalinan per vaginam aman untuk dilakukan (Kemenkes RI, 2013:30).

Persalinan bedah sesar hanya boleh didasarkan atas indikasi obstetrik atau jika pemberian ARV baru dimulai pada saat usia kehamilan 36 minggu atau lebih, sehingga diperkirakan *viral load* > 1.000 kopi/ μ L. Beberapa hasil penelitian menyimpulkan bahwa bedah sesar akan mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke bayi hingga sebesar 2%–4%, namun perlu dipertimbangkan:

- a) Faktor keamanan ibu pasca bedah sesar. Sebuah penelitian menyebutkan bahwa komplikasi minor dari operasi bedah sesar seperti endometritis, infeksi luka dan infeksi saluran kemih lebih banyak terjadi pada ODHA dibandingkan non-ODHA. Namun tidak terdapat perbedaan bermakna antara ODHA dan bukan ODHA terhadap risiko terjadinya komplikasi mayor seperti pneumonia, efusi pleura ataupun sepsis.
- b) Fasilitas pelayanan kesehatan dan akses ke pelayanan kesehatan, apakah memungkinkan untuk dilakukan bedah sesar atau tidak.
- c) Biaya bedah sesar yang relatif mahal (Kemenkes RI, 2013:30).

Dengan demikian, untuk memberikan layanan persalinan yang optimal kepada ibu hamil dengan HIV direkomendasikan kondisi-kondisi berikut ini:

- a) Pelaksanaan persalinan, baik secara bedah sesar maupun normal, harus memperhatikan kondisi fisik dan indikasi obstetri ibu berdasarkan penilaian dari tenaga kesehatan. Infeksi HIV bukan merupakan indikasi untuk bedah sesar.
 - b) Ibu hamil harus mendapatkan konseling sehubungan dengan keputusannya untuk menjalani persalinan per vaginam atau pun per abdominam (bedah sesar).
 - c) Tindakan menolong persalinan ibu hamil, baik secara persalinan per vaginam maupun bedah sesar harus selalu menerapkan kewaspadaan standar, yang berlaku untuk semua jenis persalinan dan tindakan medis (Kemenkes RI, 2013:31).
- 5) Tatalaksana pemberian makanan bagi bayi/anak

Pemilihan makanan bayi harus didahului dengan konseling tentang risiko penularan HIV melalui ASI. Konseling diberikan sejak perawatan antenatal atau sebelum persalinan. Pengambilan keputusan oleh ibu dilakukan setelah mendapat informasi secara lengkap. Pilihan apapun yang diambil oleh ibu harus didukung (Kemenkes RI, 2013:31).

Ibu dengan HIV yang sudah dalam terapi ARV memiliki kadar HIV sangat rendah, sehingga aman untuk menyusui bayinya. Dalam

Pedoman HIV dan *Infant Feeding* (2010), *World Health Organization* (WHO) merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan untuk bayi lahir dari ibu yang HIV dan sudah dalam terapi ARV untuk kelangsungan hidup anak (*HIV-free and child survival*). Eksklusif artinya hanya diberikan ASI saja, tidak boleh dicampur dengan susu lain (*mixed feeding*). Setelah bayi berusia 6 bulan pemberian ASI dapat diteruskan hingga bayi berusia 12 bulan, disertai dengan pemberian makanan padat. (Kemenkes RI, 2013:32).

Bila ibu tidak dapat memberikan ASI eksklusif, maka ASI harus dihentikan dan digantikan dengan susu formula untuk menghindari *mixed feeding*. Beberapa studi menunjukkan pemberian susu formula memiliki risiko minimal untuk penularan HIV dari ibu ke bayi, sehingga susu formula diyakini sebagai cara pemberian makanan yang paling aman. Namun, penyediaan dan pemberian susu formula memerlukan akses ketersediaan air bersih dan botol susu yang bersih, yang di banyak negara berkembang dan beberapa daerah di Indonesia persyaratan tersebut sulit dijalankan. Selain itu, keterbatasan kemampuan keluarga di Indonesia untuk membeli susu formula dan adanya norma sosial tertentu di masyarakat mengharuskan ibu menyusui bayinya (Kemenkes RI, 2013:32).

6) Mengatur kehamilan dan keluarga Berencana

Seperti telah disebutkan pada Prong 2, semua jenis kontrasepsi yang dipilih oleh ibu dengan HIV harus selalu disertai penggunaan

kondom untuk mencegah IMS dan HIV. Kontrasepsi pada ibu/perempuan HIV positif yaitu :

- a) Ibu yang ingin menunda atau mengatur kehamilan, dapat menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
- b) Ibu yang memutuskan tidak punya anak lagi, dapat memilih kontrasepsi mantap (Kemenkes RI, 2013:34).

7) Pemberian profilaksis ARV dan kotrimoksazol pada anak

Pemberian profilaksis ARV dimulai hari pertama setelah lahir selama 6 minggu. Obat ARV yang diberikan adalah zidovudine (AZT atau ZDV) 4 mg/kgBB diberikan 2 kali sehari. Selanjutnya anak dapat diberikan kotrimoksazol profilaksis mulai usia 6 minggu dengan dosis 4-6 mg/kgbb, satu kali sehari, setiap hari sampai usia 1 tahun atau sampai diagnosis HIV ditegakkan (Kemenkes RI, 2013:34).

8) Pemeriksaan diagnostik HIV pada bayi yang lahir dari ibu dengan HIV

Penularan HIV pada anak dapat terjadi selama masa kehamilan, saat persalinan, dan menyusui. Antibodi HIV dari ibu dapat berpindah ke bayi melalui plasenta selama kehamilan berada pada darah bayi/anak hingga usia 18 bulan. Penentuan status HIV pada bayi/anak (usia <18 bulan) dari ibu HIV tidak dapat dilakukan dengan cara pemeriksaan diagnosis HIV (tes antibodi) biasa. Pemeriksaan serologis anti-HIV dan pemeriksaan virologis HIV RNA (PCR) dilakukan setelah usia 18 bulan atau dapat dilakukan lebih awal pada

usia 9-12 bulan, dengan catatan bila hasilnya positif, maka harus diulang setelah usia 18 bulan (Kemenkes RI, 2013:34).

Pemeriksaan virologis, seperti HIV DNA (PCR), saat ini sudah ada di Indonesia dan dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis HIV pada anak usia di bawah 18 bulan. Pemeriksaan tersebut harus dilakukan minimal 2 kali dan dapat dimulai ketika bayi berusia 4-6 minggu dan perlu diulang 4 minggu kemudian. Pemeriksaan HIV DNA (PCR) adalah pemeriksaan yang dapat menemukan virus atau partikel virus dalam tubuh bayi dan saat ini sedang dikembangkan di Indonesia untuk diagnosis dini HIV pada bayi (*early infant diagnosis, EID*) (Kemenkes RI, 2013:34)

d. Pemberian Dukungan Psikologis, Sosial dan Perawatan kepada Ibu dengan HIV beserta Anak dan Keluarganya

Upaya Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak tidak berhenti setelah ibu melahirkan. Ibu akan hidup dengan HIV di tubuhnya. Ia membutuhkan dukungan psikologis, sosial dan perawatan sepanjang waktu. Hal ini terutama karena si ibu akan menghadapi masalah stigma dan diskriminasi masyarakat terhadap ODHA. Faktor kerahasiaan status HIV ibu sangat penting dijaga. Dukungan juga harus diberikan kepada anak dan keluarganya (Kemenkes RI, 2013:35).

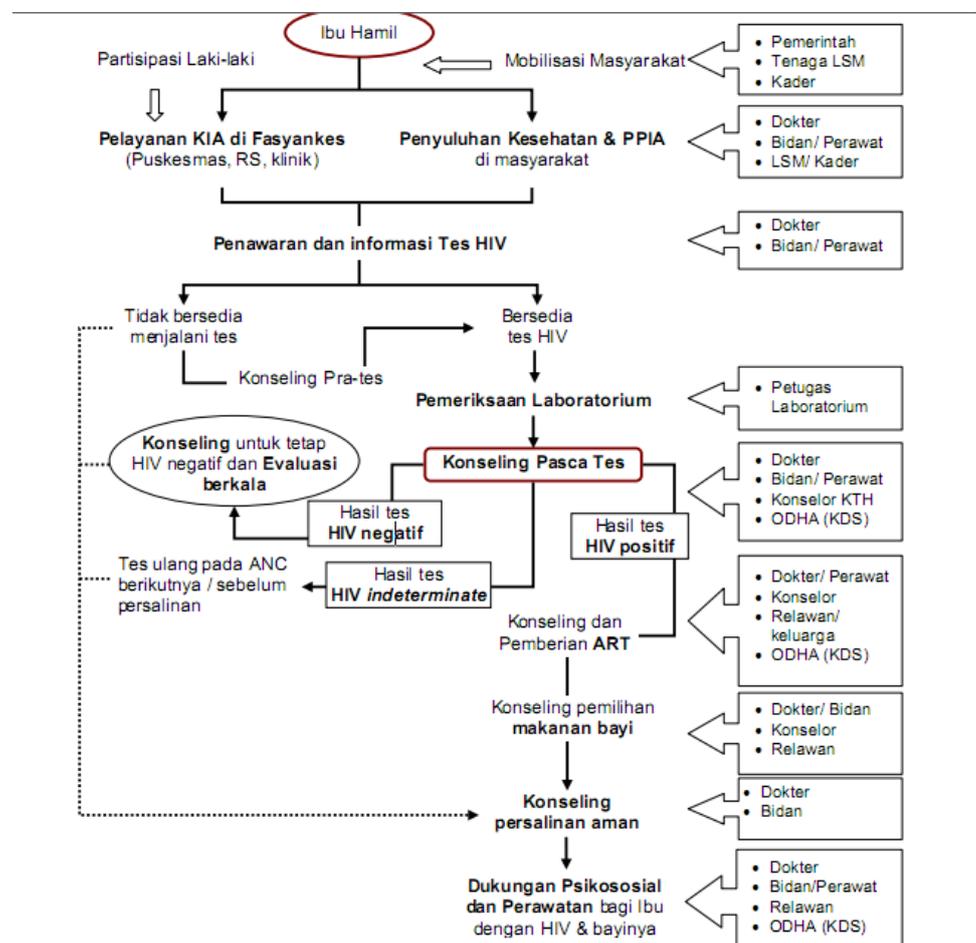
Beberapa hal yang mungkin dibutuhkan oleh ibu dengan HIV berdasarkan Kemenkes RI (2013:35) antara lain:

1) Pengobatan ARV jangka panjang

- 2) Pengobatan gejala penyakitnya
- 3) Pemeriksaan kondisi kesehatan dan pemantauan terapi ARV (termasuk CD4 dan viral load)
- 4) Konseling dan dukungan kontrasepsi dan pengaturan kehamilan
- 5) Informasi dan edukasi pemberian makanan bayi
- 6) Pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik untuk diri sendiri dan bayinya.
- 7) Penyuluhan kepada anggota keluarga tentang cara penularan HIV dan pencegahannya
- 8) Layanan klinik dan rumah sakit yang bersahabat
- 9) Kunjungan ke rumah (*home visit*)
- 10) Dukungan teman-teman sesama HIV positif, terlebih sesama ibu dengan HIV
- 11) Adanya pendamping saat sedang dirawat
- 12) Dukungan dari pasangan
- 13) Dukungan kegiatan peningkatan ekonomi keluarga
- 14) Dukungan perawatan dan pendidikan bagi anak

Dengan dukungan psikososial yang baik, ibu dengan HIV akan bersikap optimis dan bersemangat mengisi kehidupannya. Diharapkan ia akan bertindak bijak dan positif untuk senantiasa menjaga kesehatan diri dan anaknya, serta berperilaku sehat agar tidak terjadi penularan HIV dari dirinya ke orang lain (Kemenkes RI, 2013:35).

Informasi tentang adanya layanan dukungan psikososial untuk ODHA ini perlu diketahui oleh masyarakat luas, termasuk para perempuan usia reproduktif. Diharapkan informasi ini bisa meningkatkan minat mereka yang merasa berisiko tertular HIV untuk mengikuti konseling dan tes HIV agar mengetahui status HIV mereka (Kemenkes RI, 2013:35).

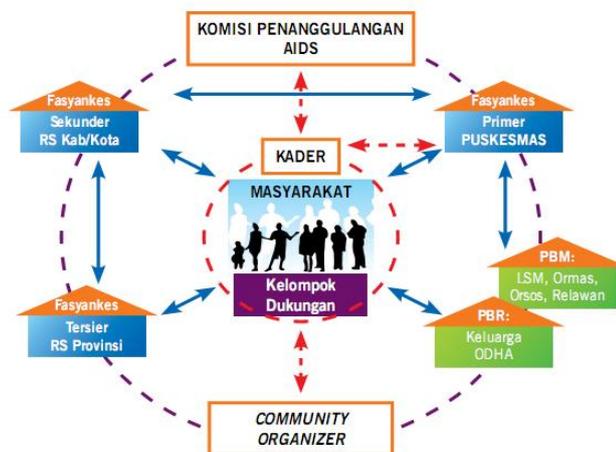


Gambar 2.1 Alur proses ibu hamil menjalani kegiatan Prong 3 dan 4 dalam PPIA (Kemenkes RI, 2013:36)

2.2.9 Jejaring PPIA

Upaya pengendalian HIV-AIDS dan IMS sangat memerlukan penguatan sistem kesehatan. Beberapa aspek penting yang perlu dilakukan, antara lain penguatan layanan IMS/kesehatan reproduksi dan pengintegrasian program HIV-AIDS dan IMS ke layanan kesehatan yang sudah tersedia, termasuk layanan KIA/KB, kesehatan reproduksi (PKRE), dan kesehatan remaja (PKPR). Kementerian Kesehatan menerapkan strategi pengendalian penyakit melalui layanan pencegahan dan pengobatan HIV-AIDS yang komprehensif dan berkesinambungan (disingkat LKB) dengan menerapkan keenam pilar yang dikembangkan di tingkat kabupaten/kota. Keenam pilar tersebut terdiri atas:

- a. Koordinasi dan kemitraan dengan semua pemangku kepentingan di setiap lini
- b. Peran aktif komunitas termasuk ODHA dan keluarga
- c. Layanan terintegrasi dan terdesentralisasi sesuai kondisi setempat
- d. Akses layanan terjamin
- e. Sistem rujukan dan jejaring kerja
- f. Paket layanan HIV komprehensif yang berkesinambungan (Kemenkes RI, 2012:33).



Gambar 2.2 Kerangka kerja Layanan Komprehensif HIV dan IMS yang Berkesinambungan (Kemenkes RI, 2012:33)

Layanan HIV-AIDS dan IMS Komprehensif dan Berkesinambungan (LKB) adalah penguatan layanan pada penguatan jejaring internal, yaitu hubungan antar layanan / program di dalam satu fasyankes, dan eksternal, yakni hubungan antar fasyankes, rujukan antar layanan, dan penguatan komponen masyarakat dengan kunci pengendalian dan manajemen secara komprehensif pada tingkat kabupaten/ kota (Kemenkes RI, 2012:34).

Komponen LKB mencakup semua bentuk layanan HIV dan IMS, seperti kegiatan KIE untuk pengetahuan komprehensif, promosi penggunaan kondom, pengendalian/pengenalan faktor risiko; tes HIV dan konseling; perawatan, dukungan, dan pengobatan (PDP); pencegahan penularan dari ibu ke anak (PPIA); pengurangan dampak buruk napza; layanan diagnosis dan pengobatan IMS; pencegahan penularan melalui darah donor dan produk darah lainnya; kegiatan perencanaan, monitoring dan evaluasi, serta surveilans epidemiologi di puskesmas rujukan dan non-rujukan termasuk

fasilitas kesehatan lainnya, dan rumah sakit rujukan ODHA di kabupaten/kota; dan keterlibatan aktif dari sektor masyarakat, termasuk keluarga (Kemenkes RI, 2012:34).

Pelaksanaan PPIA diintegrasikan ke dalam kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan anak dan keluarga berencana (KIA/KB), dan kesehatan remaja (PKPR) di setiap jenjang pelayanan kesehatan. Paket layanan PPIA terdiri atas:

- a. Penawaran tes HIV kepada semua ibu hamil pada saat kunjungan perawatan antenatal (ANC)
- b. Di dalam LKB harus dipastikan bahwa layanan PPIA terintegrasi pada layanan rutin KIA terutama pemeriksaan ibu hamil untuk memaksimalkan cakupan
- c. Perlu dikembangkan jejaring layanan tes dan konseling HIV serta pengobatan dan dukungan perawatan ODHA dengan klinik KIA/KB, kespro dan kesehatan remaja, serta rujukan bagi ibu HIV positif dan anak yang dilahirkannya ke layanan komunitas untuk dukungan dalam hal pemberian makanan bayi dengan benar, terapi profilaksis ARV dan kotrimoksazol bagi bayi, kepatuhan minum obat ARV bagi ibu dan bayinya, dan dukungan lanjutan bagi ibu HIV serta dukungan dalam mengakses pemeriksaan diagnosis HIV dini bagi bayinya, dan dukungan lanjutan bagi anak yang HIV positif (Kemenkes RI, 2012:34)

Penerapan LKB dalam pelaksanaan PPIA adalah sebagai kerja sama antara sarana kesehatan dan organisasi masyarakat penting dalam

melaksanakan kegiatan PPIA komprehensif. Kerja sama tersebut akan mengatasi kendala medis (seperti: tes HIV, ARV, CD4, viral load, persalinan aman) serta kendala psikososial (seperti: kebutuhan dampingan, kunjungan rumah, bimbingan perubahan perilaku dan kesulitan ekonomi keluarga ODHA). Bentuk kerja sama yang perlu dikembangkan, antara lain memperkuat sistem rujukan klien, memperlancar hubungan komunikasi untuk saling berbagi informasi tentang situasi dan jenis layanan yang diberikan dan membentuk sistem penanganan kasus secara bersama. Dengan adanya jejaring PPIA yang baik, diharapkan akan terbentuk layanan PPIA berkualitas (Kemenkes RI, 2012:34).

Dalam jejaring PPIA setiap institusi memiliki peran tersendiri yang terintegrasi dan saling berhubungan dengan institusi lainnya. Di sarana kesehatan, pelayanan PPIA dijalankan oleh Puskesmas dan jajarannya, Rumah Sakit, serta bidan praktek swasta. Di tingkat masyarakat, pelayanan PPIA dijalankan oleh Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) ataupun Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) ODHA (Kemenkes RI, 2011:35).

Agar peran masing-masing institusi berjalan secara optimal, diperlukan sumber daya manusia yang memiliki pengetahuan dan keterampilan pelayanan PPIA yang memadai. Untuk itu, diperlukan adanya pelatihan PPIA yang berorientasi terhadap kebutuhan pelayanan di lapangan. Adanya Task Shifting dimungkinkan untuk menjalankan kegiatan PPIA dengan disesuaikan pada kondisi setempat. Kegiatan pelatihan-pelatihan tersebut memerlukan dukungan dari ikatan profesi, seperti IDI,

IDAI, POGI, IBI, PAPDI, PDUI, PPNI serta ikatan profesi lainnya. Ikatan profesi juga berperan meningkatkan kinerja tenaga kesehatan untuk menjamin pemberian pelayanan yang berkualitas, serta menjalin koordinasi antar ikatan profesi dan bermitra dengan lainnya (Kemenkes RI, 2012:35).

2.2.10 Monitoring Evaluasi Dan Penjaminan Mutu Layanan

Monitoring dan evaluasi merupakan kegiatan pengawasan berkelanjutan yang dilaksanakan untuk menilai pencapaian program terhadap target atau tujuan yang telah ditetapkan, dengan melalui pengumpulan data input, proses dan luaran secara reguler dan terus-menerus (Kemenkes RI, 2012:37).

Merujuk pada tujuan dari pengembangan Layanan Komprehensif HIV & IMS Berkesinambungan, maka monitoring dan evaluasi diarahkan pada kinerja pencapaian dari tujuan tersebut. Sehingga indikator kegiatan PPIA juga merujuk pada indikator nasional yang telah dikembangkan seperti yang tercantum dalam target MDGs, rencana strategis serta pedoman operasionalnya, seperti Pedoman Nasional Monitoring dan Evaluasi Program Pengendalian HIV dan AIDS, 2010 (Kemenkes RI, 2012:37).

Dalam monitoring dan evaluasi tim menggunakan perangkat monev standar sejalan dengan kegiatan monev nasional dengan menggunakan formulir pencatatan dan pelaporan yang berlaku. Pelaporan rutin yang berasal dari fasyankes melalui sistim berjenjang mulai dari dinas kesehatan

kabupaten/kota, dinas kesehatan propinsi dan Kementerian Kesehatan (Kemenkes RI, 2012:37).

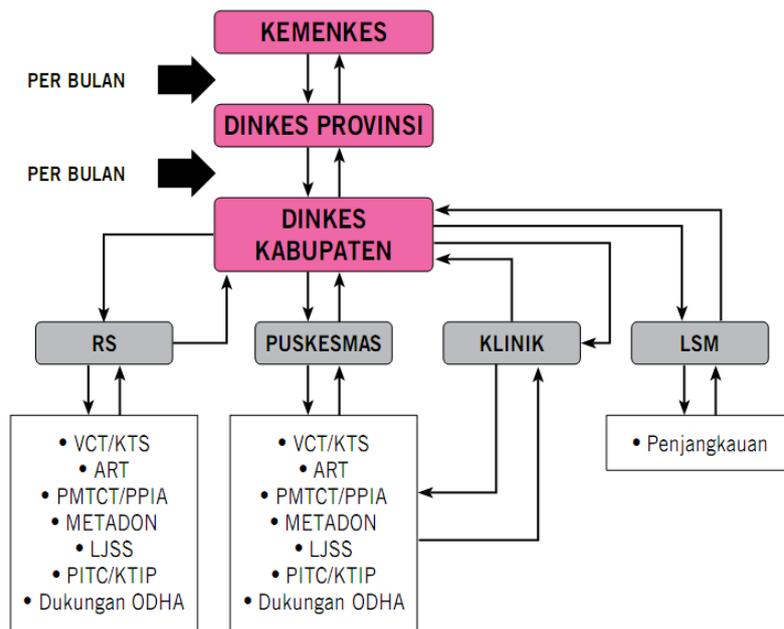
2.2.11 Pelaporan

Hasil kegiatan pelayanan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak tiap bulan dilaporkan secara berjenjang oleh Puskesmas, Layanan Swasta dan RSU ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi ke Kementerian Kesehatan menggunakan format pelaporan dalam buku Pedoman Nasional Monitoring dan Evaluasi Program Pengendalian HIV dan AIDS, Kementerian Kesehatan, 2010 (Kemenkes RI, 2012:37).

Laporan di setiap layanan atau Puskesmas atau RS dibuat mulai tanggal 26 bulan sebelumnya sampai tanggal 25 bulan sekarang. Kemudian dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota akan merkapitulasi laporan semua layanan di wilayahnya, kemudian melaporkan ke Dinas Kesehatan Provinsi dengan melampirkan laporan dari layanan. Seterusnya, Dinas Kesehatan Provinsi melaporkan ke Kementerian Kesehatan. Di Pusat, data akan diolah, disesuaikan dengan kebutuhan dan indikator yang telah ditentukan (Kemenkes RI, 2012:37).

Laporan kegiatan merangkum kegiatan masing masing unit pelayanan. Sedangkan data individu pasien disimpan di unit layanan dan menjadi milik unit layanan. Dalam menyelenggarakan pemantauan atau monitoring guna meningkatkan akses dan kualitas pelayanan dan sistem maka data harus dikompilasi dan dianalisis di tingkat kabupaten/kota kemudian dikumpulkan

di tingkat provinsi serta nasional. Ditekankan agar meningkatkan analisis dan penggunaan data secara lokal baik di tingkat kabupaten/kota atau provinsi terutama dalam perencanaan. Selain itu juga bahwa pengiriman umpan balik kepada pengirim laporan sampai ke tingkat layanan sangat diperlukan (Kemenkes RI, 2012:38).



Gambar 2.3 Bagan alur pelaporan (Kemenkes RI, 2012:38).

2.3 Konseling Dan Testing HIV/AIDS Sukarela (VCT)

2.3.1 Definisi Konseling dalam VCT

Konseling dalam VCT adalah kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV/AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggung jawab, pengobatan ARV dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV/AIDS (Kemenkes, 2005:5).

2.3.2 Struktur Organisasi

Struktur organisasi pelayanan ini terdiri dari beberapa anggota tenaga kesehatan yaitu :

a. Kepala Klinik VCT

Kepala Klinik VCT adalah seorang yang memiliki keahlian manajerial dan program terkait dengan pengembangan layanan VCT dan penanganan program perawatan, dukungan dan pengobatan HIV/AIDS. Kepala klinik VCT bertanggung jawab terhadap Direktur Utama atau Direktur Pelayanan. Kepala klinik VCT mengelola seluruh pelaksanaan kegiatan didalam/diluar unit, serta bertanggung jawab terhadap seluruh kegiatan yang berhubungan dengan institusi pelayanan lain yang berkaitan dengan HIV.

b. Sekretaris / Administrasi

Petugas administrasi atau sekretaris adalah seorang yang memiliki keahlian dibidang administrasi dan berlatar belakang minimal setingkat SLTA.

c. Koordinator Pelayanan Medis

Koordinator pelayanan medis adalah seorang dokter yang bertanggung jawab secara teknis medis dalam penyelenggaraan layanan VCT. Koordinator pelayanan medis bertanggung jawab langsung kepada kepala klinik VCT.

d. Koordinator Pelayanan Non Medis

Koordinator pelayanan non medis adalah seorang yang mampu mengembangkan program perawatan, dukungan, dan pengobatan HIV/AIDS terkait psikologis, sosial, dan hukum.

e. Konselor VCT

Konselor VCT berasal dari tenaga kesehatan atau non kesehatan yang telah mengikuti pelatihan VCT.

f. Petugas Penanganan Kasus

Berasal dari tenaga non kesehatan yang telah mengikuti pelatihan manajemen kasus.

g. Petugas Laboratorium

Petugas yang telah mengikuti pelatihan tentang teknik memproses testing HIV dengan cara ELISA, testing cepat dan mengikuti algoritma testing yang diadopsi dari WHO.

2.3.3 Tahapan Pelayanan VCT

Dalam pelayanan VCT terdapat beberapa tahapan yang harus dilakukan yaitu :

- a. Konseling Pra Testing
- b. Informed Consent
- c. Testing HIV dalam VCT
- d. Konseling Pasca Testing
- e. Pelayanan Dukungan Berlanjutan

2.4 Konsep Ibu Hamil

2.4.1 Pengertian Ibu

Ibu adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak (KBBI Online, 2017). Wanita atau ibu adalah pengurus generasi keluarga dan bangsa sehingga keberadaan wanita yang sehat jasmani dan rohani serta sosial sangat diperlukan. Wanita atau ibu adalah makhluk bio-psiko-sosial-cultural dan spiritual yang utuh dan unik, mempunyai kebutuhan dasar yang bermacam-macam sesuai dengan tingkat perkembangannya (Sofyan, 2006) (Suparyanto, 2014:1).

2.4.2 Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah masa dimana seorang wanita membawa embrio atau fetus didalam tubuhnya (Kuswanti, 2014:99).

2.5 Konsep Pelayanan Antenatal Terpadu

Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayi baru lahir serta ibu nifas. Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil, melakukan intervensi secara

adekuat sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan normal (Permenkes RI, 2014:34).

Setiap kehamilan, dalam perkembangannya mempunyai risiko mengalami penyulit atau komplikasi. Oleh karena itu, pelayanan antenatal harus dilakukan secara rutin, sesuai standar dan terpadu untuk pelayanan antenatal yang berkualitas. Pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui :

- a. Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk stimulasi dan gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan janinnya lahir sehat dan cerdas
- b. Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan
- c. Penyiapan persalinan yang bersih dan aman
- d. Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi
- e. Penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan
- f. Melibatkan ibu hamil, suami dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi (Permenkes RI, 2014:35).

Menurut Permenkes RI tahun 2014, dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari:

a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*).

b. Ukur Tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria).

c. Nilai status Gizi (Ukur lingkar lengan atas /LiLA)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamilberisiko KEK. Kurang energi kronis disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LiLA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

d. Ukur Tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

e. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain.

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

f. Skrining Status Imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriming status imunisasi T-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi T ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap

infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (*TT Long Life*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi. Pemberian imunisasi TT tidak mempunyai interval maksimal, hanya terdapat interval minimal.

g. Beri Tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan Asam Folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

h. Periksa laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemi (malaria, HIV, dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal.

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi:

1) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

2) Pemeriksaan kadar Hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil pada trimester kedua dilakukan atas indikasi.

3) Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil.

4) Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua, dan sekali pada trimester ketiga.

5) Pemeriksaan darah Malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis Malaria dilakukan pemeriksaan darah Malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. Ibu hamil

di daerah non endemis Malaria dilakukan pemeriksaan darah Malaria apabila ada indikasi.

6) Pemeriksaan tes Sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

7) Pemeriksaan HIV

Di daerah epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi, tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan. Di daerah epidemi HIV rendah, penawaran tes HIV oleh tenaga kesehatan diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan. Teknik penawaran ini disebut *Provider Initiated Testing and Counselling (PITC)* atau Tes HIV atas Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan dan Konseling (TIPK).

8) Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis sebagai pencegahan agar infeksi tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin. Selain pemeriksaan tersebut diatas,

apabila diperlukan dapat dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya di fasilitas rujukan.

Mengingat kasus perdarahan dan preeklamsi/eklamsi merupakan penyebab utama kematian ibu, maka diperlukan pemeriksaan dengan menggunakan alat deteksi risiko ibu hamil oleh bidan termasuk bidan desa meliputi alat pemeriksaan laboratorium rutin (golongan darah, Hb), alat pemeriksaan laboratorium khusus (gluko-protein urin), dan tes hamil.

i. Tatalaksana/penanganan Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

j. Temu wicara (konseling)

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi :

1) Kesehatan ibu

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup selama kehamilannya (sekitar 9-10 jam per hari) dan tidak bekerja berat.

2) Perilaku hidup bersih dan sehat

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan selama kehamilan misalnya mencuci tangan sebelum makan, mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun, menggosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur serta melakukan olah raga ringan.

3) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan

Setiap ibu hamil perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya. Suami, keluarga atau masyarakat perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan bayi, transportasi rujukan dan calon donor darah. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas agar segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

4) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi

Setiap ibu hamil diperkenalkan mengenal tanda-tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan, dan nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua, keluar cairan berbau pada jalan lahir saat nifas, dsb. Mengetahui tanda-tanda bahaya ini penting agar ibu hamil segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan.

5) Asupan gizi seimbang

Selama hamil, ibu dianjurkan untuk mendapatkan asupan makanan yang cukup dengan pola gizi yang seimbang karena hal ini penting untuk proses tumbuh kembang janin dan derajat kesehatan ibu.

Misalnya ibu hamil disarankan minum tablet tambah darah secara rutin untuk mencegah anemia pada kehamilannya.

6) Gejala penyakit menular dan tidak menular.

Setiap ibu hamil harus tahu mengenai gejala-gejala penyakit menular dan penyakit tidak menular karena dapat mempengaruhi pada kesehatan ibu dan janinnya.

7) Penawaran untuk melakukan tes HIV dan Konseling di daerah Epidemik meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemic rendah.

Setiap ibu hamil ditawarkan untuk dilakukan tes HIV dan segera diberikan informasi mengenai resiko penularan HIV dari ibu ke janinnya. Apabila ibu hamil tersebut HIV positif maka dilakukan konseling Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA). Bagi ibu hamil yang negatif diberikan penjelasan untuk menjaga tetap HIV negatif diberikan penjelasan untuk menjaga HIV negative selama hamil, menyusui dan seterusnya.

8) Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memberikan ASI kepada bayinya segera setelah bayi lahir karena ASI mengandung zat kekebalan tubuh yang penting untuk kesehatan bayi. Pemberian ASI dilanjutkan sampai bayi berusia 6 bulan.

9) KB paska persalinan

Ibu hamil diberikan pengarahan tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan dan agar ibu punya waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak, dan keluarga.

10)Imunisasi

Setiap ibu hamil harus mempunyai status imunisasi (T) yang masih memberikan perlindungan untuk mencegah ibu dan bayi mengalami tetanus neonatorum. Setiap ibu hamil minimal mempunyai status imunisasi T2 agar terlindungi terhadap infeksi tetanus.

11)Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (Brain booster)

Untuk dapat meningkatkan intelegensia bayi yang akan dilahirkan, ibu hamil dianjurkan untuk memberikan stimulasi auditori dan pemenuhan nutrisi pengungkit otak (brain booster) secara bersamaan pada periode kehamilan.

2.6 Konsep Perilaku Oleh Teori *Lawrence Green*

Faktor-faktor yang membentuk perilaku untuk intervensi dalam promosi kesehatan adalah salah satunya dijelaskan dalam Teori *Lawrence Green*. Teori *Lawrence Green* merupakan salah satu teori modifikasi perubahan perilaku yang dapat digunakan dalam mendiagnosis masalah kesehatan ataupun sebagai alat untuk merencanakan kegiatan kesehatan. Teori ini sering menjadi acuan dalam penelitian-penelitian kesehatan masyarakat. Isi Teori *Lawrence Green* menyebutkan bahwa perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu:

a. Faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya. Faktor ini merupakan faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang. Faktor-faktor predisposisi terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai keyakinan, kebiasaan, norma sosial, budaya dan lain-lain. Hal ini dapat dijelaskan bahwa berperilaku kesehatan, misalnya pemeriksaan kesehatan bagi ibu hamil diperlukan pengetahuan dan kesadaran ibu tersebut tentang manfaat periksa kehamilan baik bagi kesehatan ibu sendiri maupun janinnya. Disamping itu, kadang-kadang kepercayaan, tradisi, dan sistem nilai masyarakat juga dapat mendorong atau menghambat ibu untuk periksa kehamilan (Notoatmodjo, 2012: 18).

b. Faktor Pendorong (*Enabling Factors*)

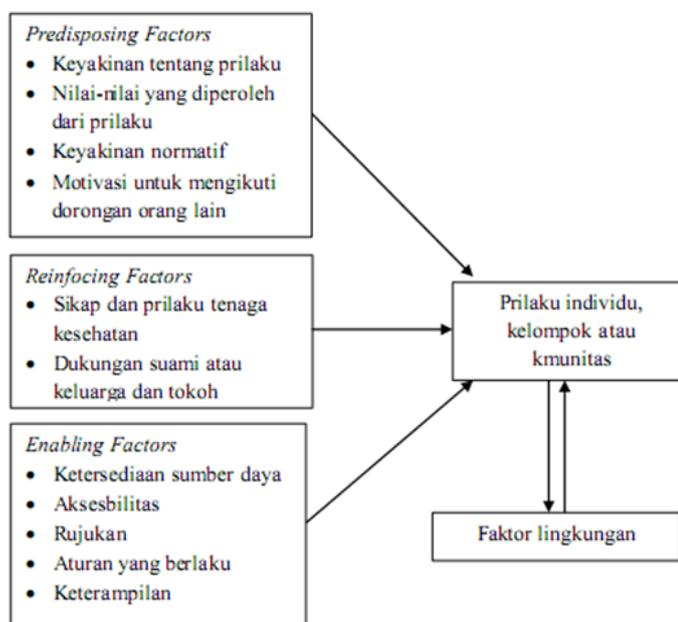
Faktor pemungkinan merupakan faktor-faktor yang memungkinkan terwujudnya perubahan perilaku. Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, misalnya air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat pembuangan tinja, ketersediaan makanan yang bergizi, ketersediaan alat bahan dan lain sebagainya. Termasuk juga fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, poliklinik, posyandu, polindes, pos obat desa, dokter atau bidan praktik swasta, dan sebagainya. Untuk berperilaku

sehat, masyarakat memerlukan sarana dan prasarana pendukung, misalnya perilaku pemeriksaan kehamilan. Ibu hamil yang mau periksa hamil tidak hanya karena ia tahu dan sadar manfaat periksa kehamilan melainkan ibu tersebut dengan mudah harus dapat memperoleh fasilitas atau tempat periksa kehamilan seperti puskesmas, polindes dll. Fasilitas ini pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan, maka faktor-faktor ini disebut faktor pendukung atau faktor pemungkin (Notoatmodjo, 2012: 19).

c. Faktor Penguat (*Reinforcing Factors*)

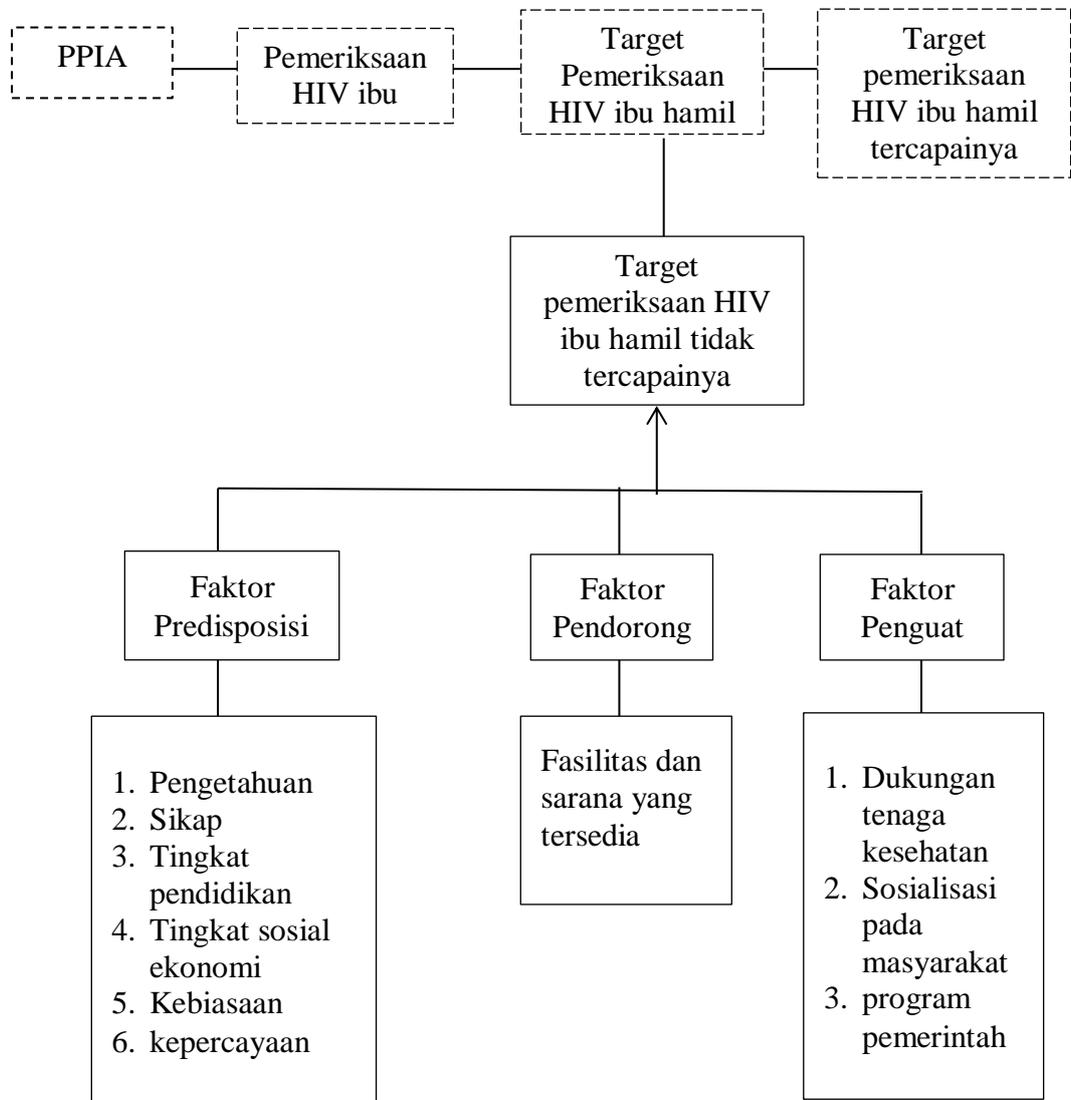
Faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan. Termasuk juga disini undang-undang, peraturan-peraturan, baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang berkaitan dengan kesehatan. Untuk berperilaku sehat, masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan, sikap positif dan dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan perilaku contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, tokoh agama, dan para petugas, lebih-lebih para petugas kesehatan. Disamping itu undang-undang juga diperlukan untuk memperkuat perilaku masyarakat tersebut. Seperti perilaku periksa kehamilan, dan kemudahan memperoleh fasilitas perilaku kehamilan. Serta diperlukan peraturan atau perundang-undangan yang mengharuskan ibu hamil melakukan periksa kehamilan (Notoatmodjo, 2012: 19).

Oleh sebab itu, intervensi pendidikan (promosi) kesehatan hendaknya dimulai dengan mendiagnosis ketiga faktor penyebab (determinan) tersebut, kemudian intervensinya juga diarahkan terhadap tiga faktor yaitu faktor predisposisi, pendorong, dan penguat (Notoatmodjo, 2012: 20).



Gambar 2.4 Model Perilaku Teori Green (1980) (Arini, 2014:23)

2.5 Kerangka Konsep



Keterangan :

————— : Di teliti

----- : Tidak di teliti

Gambar 2.5 Kerangka Konsep