

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

F. *Voluntary Counseling and Testing (VCT)*

1. Pengertian VCT

VCT adalah suatu proses dimana seorang individu mendapatkan konseling yang memungkinkan individu tersebut akan melakukan tes HIV atau tidak dan bersifat suka rela. Keputusan ini harus sepenuhnya pilihan individu, tidak boleh ada pemaksaan dan proses tersebut akan dirahasiakan (UNAIDS, 2012).

Menurut Babalola (2007), VCT meliputi konseling klien untuk membuat keputusan apakah akan melakukan tes HIV atau tidak, mendidik klien tentang metode pencegahan HIV yang tepat dan menginformasikan tentang pilihan perawatan. Akses layanan VCT penting setidaknya dari 2 perspektif, yaitu kesehatan masyarakat dan hak asasi manusia.

Menurut Tjan (2013), VCT merupakan salah satu strategi kesehatan masyarakat dan merupakan pintu masuk ke seluruh layanan HIV AIDS yang berkelanjutan. Layanan VCT dapat dilakukan berdasarkan kebutuhan klien dengan memberikan layanan dini termasuk konseling, dukungan, dan akses untuk terapi suportif, terapi infeksi oportunistik dan ART. VCT dikerjakan oleh profesional untuk memperoleh intervensi efektif.

Testing HIV dilakukan secara suka rela tanpa ada paksaan dan tekanan dari pihak manapun. VCT adalah intervensi HIV yang mencakup

konseling sebelum dan sesudah tes serta tes HIV yang bersifat suka rela. Individu dengan keinginannya sendiri datang ke klinik VCT. VCT memberikan kesempatan kepada klien untuk mengeksplorasi dan memahami tentang perilaku beresiko yang berkaitan dengan HIV dan hasil tes.

Efek yang diharapkan dari VCT adalah menurunkan penularan HIV melalui pengurangan perilaku seksual beresiko tinggi, meningkatnya upaya pengobatan terutama untuk infeksi menular seksual, meningkatnya akses perawatan dan dukungan baik untuk orang yang belum maupun sudah terinfeksi HIV (UNAIDS, 2016).

Program VCT memiliki banyak keunggulan. Kegiatan VCT merupakan *entry point* untuk mengetahui status HIV. Pelayanan uji dan konseling HIV sukarela dalam VCT diharapkan akan dapat mencegah penularan dan memberikan peluang peningkatan akses pelayanan, dukungan, dan pengobatan. Pemberian pengetahuan diharapkan dapat mengubah perilaku berisiko. Selain itu, dengan melakukan deteksi dini terhadap status HIV, maka akses terhadap pelayanan pengobatan dapat dilakukan lebih awal (Ford, 2004).

VCT harus dikerjakan secara profesional dan konsisten untuk memperoleh intervensi efektif dimana memungkinkan klien, dengan bantuan konselor terlatih, menggali dan memahami diri akan risiko infeksi HIV. Disamping itu juga untuk mendapatkan informasi HIV-AIDS, mempelajari status dirinya, mengerti tanggung jawab untuk menurunkan perilaku berisiko

dan mencegah penularan infeksi kepada orang lain guna mempertahankan dan meningkatkan perilaku sehat (Ghimire, 2011)

2. Prinsip Pelayanan VCT

a. Sukarela dalam melaksanakan testing HIV

Keputusan untuk melakukan testing HIV terletak di tangan klien dan dilaksanakan atas dasar kerelaan klien tanpa paksaan dan tekanan. Oleh karena itu sangat dibutuhkan persepsi positif dari klien terhadap HIV AIDS maupun pemeriksaan VCT itu sendiri.

b. Saling mempercayai dan terjaminnya Konfidensialitas

Layanan harus bersifat profesional, menghargai hak dan martabat semua klien. Semua informasi yang disampaikan klien harus dijaga kerahasiaannya oleh konselor atau petugas kesehatan dan tidak boleh didiskusikan di luar konteks kunjungan dengan klien.

c. Mempertahankan hubungan Relasi Konselor dan Klien yang efektif

Konselor mendukung klien untuk kembali mengambil hasil testing dan mengikuti pertemuan konseling pasca testing untuk mengurangi perilaku beresiko dan membicarakan respon klien dalam menerima hasil testing terutama hasil testing yang positif. Layanan VCT merupakan pintu masuk penting untuk pencegahan HIV-AIDS, penemuan dini penyakit HIV, perawatan dan pengobatan penyakit HIV-AIDS.

3. Tahapan Pelayanan VCT

a. Konseling Pra Testing

Langkah-langkah dalam konseling pra testing adalah :

- 1) Periksa ulang nomor kode klien dalam formulir
- 2) Perkenalan dan arahan
- 3) Membangun kepercayaan klien pada konselor yang merupakan dasar utama bagi terjaganya kerahasiaan sehingga terjalin hubungan baik dan terbina sikap saling memahami
- 4) Alasan kunjungan dan klarifikasi tentang fakta dan mitos tentang HIV/AIDS
- 5) Penilaian resiko untuk membantu klien mengetahui faktor resiko dan menyiapkan diri untuk pemeriksaan darah
- 6) Memberikan pengetahuan akan implikasi terinfeksi atau tidak terinfeksi HIV dan memfasilitasi diskusi tentang cara menyesuaikan diri dengan status HIV
- 7) Konselor VCT dalam konseling pra testing harus dapat membuat keseimbangan antara pemberian informasi, penilaian risiko dan merespon kebutuhan emosi klien
- 8) Konselor VCT melakukan penilaian sistem dukungan
- 9) Klien memberikan persetujuan tertulisnya (*informed consent*) sebelum dilakukan testing HIV

b. *Informed Consent*

Semua klien sebelum menjalani testing HIV harus memberikan persetujuan tertulisnya. Aspek penting di dalam persetujuan tertulis tersebut adalah:

- 1) Klien telah diberi penjelasan yang cukup tentang risiko dan dampak sebagai akibat dari tindakannya dan klien menyetujuinya
- 2) Klien mempunyai kemampuan menangkap pengertian dan mampu menyatakan persetujuannya (secara intelektual dan psikologis)
- 3) Klien tidak dalam paksaan
- 4) Untuk klien yang tidak mampu mengambil keputusan bagi dirinya karena keterbatasan dalam memahami informasi maka tugas konselor untuk dapat menjelaskan kepada wali dari klien tersebut.

c. *Testing HIV*

Terdapat serangkaian testing HIV yang berbeda-beda karena perbedaan prinsip dan metoda yang digunakan. Testing yang digunakan adalah testing serologis untuk mendeteksi antibodi HIV dalam serum atau plasma. Terdapat dua bentuk testing yang dapat digunakan untuk mendeteksi HIV, yaitu *Antibody Test* (ELISA, *Rapid test* dan *Western Blood*) dan *Virologic Test* (*HIV antigen Test*, PCR dan *Viral Culture*)

d. Interpretasi Hasil Tes HIV

Seorang konselor harus mampu menginterpretasikan hasil tes HIV agar dapat menasehati dan memberikan penjelasan dengan tepat kepada klien.

e. Konseling Post Testing

Konseling post testing membantu klien memahami dan menyesuaikan diri dengan hasil testing. Konselor mempersiapkan klien untuk menerima hasil testing, memberikan hasil testing, dan menyediakan informasi selanjutnya. Konselor mengajak klien mendiskusikan strategi untuk menurunkan penularan HIV.

f. Konfidensialitas

Persetujuan untuk mengungkapkan status HIV seorang individu kepada pihak ketiga seperti institusi rujukan, petugas kesehatan yang secara tidak langsung melakukan perawatan kepada klien yang terinfeksi dan pasangannya, harus senantiasa diperhatikan. Persetujuan ini dituliskan dan dicantumkan dalam catatan medik. Konselor bertanggung jawab mengkomunikasikan secara jelas perluasan konfidensialitas yang ditawarkan kepada klien. Berbagi konfidensialitas artinya rahasia diperluas kepada orang lain, harus terlebih dahulu dibicarakan dengan klien.

g. Monitoring dan Evaluasi VCT

Monitoring dan evaluasi adalah bagian integral dari pengembangan program, pemberian layanan, penggunaan optimal sediaan layanan dan jaminan kualitas. Oleh karena itu untuk kepentingan layanan VCT maka monitoring dan evaluasi dilakukan dengan cara sistematis dan berkala pada program pelayanan VCT di sarana kesehatan. Tujuan monitoring dan evaluasi adalah :

- 1) Untuk menyusun perencanaan dan tindak lanjut
- 2) Untuk memperbaiki pelaksanaan pelayanan VCT
- 3) Untuk mengetahui kemajuan dan hambatan pelayanan VCT.

Berdasarkan strategi pencegahan HIV melalui program nasional, pemerintah membuat salah satu kegiatan strategi program konseling dan tes HIV di Indonesia yaitu pelayanan VCT sebagai strategi kesehatan masyarakat. VCT yang berkualitas baik tidak saja membuat orang mempunyai akses terhadap pelayanan, tetapi juga efektif bagi pencegahan terhadap HIV (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2016). VCT adalah suatu pembinaan dua arah atau dialog yang berlangsung tak terputus antara konselor dan kliennya dengan tujuan untuk pencegahan HIV-AIDS, mengurangi kegelisahan, meningkatkan persepsi dan pengetahuan mereka tentang faktor-faktor penyebab seseorang terinfeksi HIV, dan upaya untuk pengembangan perubahan perilaku.

Menurut Nursalam & Kurniawati (2011), pelayanan VCT secara dini mengarahkan mereka menuju ke program pelayanan dan dukungan termasuk

akses terapi antiretroviral. Salah satu keunggulan klinik VCT adalah metode penemuan kasus secara aktif dengan cara *mobile VCT*. Dengan metode tersebut, VCT dapat menjangkau populasi kunci sehingga temuan kasus HIV tidak hanya menunggu pasien datang ke klinik VCT. Pendekatan semacam itu perlu ditingkatkan pada masa yang akan datang karena dengan temuan kasus HIV dini, rantai penularan diharapkan dapat diputus.

Gejala terbanyak yang dikeluhkan oleh pasien adalah batuk lama, penurunan berat badan, dan demam naik turun. Infeksi oportunistik terbanyak yang ditemukan pada pasien seropositif adalah tuberkulosis paru, kandidiasis oral dan infeksi menular seksual selain HIV. Sebagian besar pasien HIV datang dalam stadium klinis III dan IV. Menurut WHO hal tersebut perlu diperhatikan untuk lebih aktif mencari kasus baru dan edukasi masyarakat agar angka morbiditas dan mortalitas dapat diturunkan dan rantai penularan dapat diputuskan, mengingat sebagian besar penderita HIV adalah usia produktif dan aktif secara seksual.

Diharapkan dengan edukasi yang baik mengenai kesehatan reproduksi serta infeksi menular seksual terutama HIV, kesadaran masyarakat mengenai pentingnya praktik seks yang aman dapat meningkat dan diamalkan dalam kehidupan sehari-hari.

4. Struktur Organisasi Pelayanan VCT

Struktur organisasi pelayanan VCT menurut pedoman pelayanan VCT Depkes RI Tahun 2008 terdiri dari :

a. Kepala Klinik VCT

Kepala klinik VCT adalah seseorang 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 seseorang yang memiliki keahlian di bidang administrasi dan berlatarbelakang 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 seseorang yang mampu mengembangkan program perawatan, dukungan dan pengobatan HIV/AIDS terkait psikologis, social dan hukum. Koordinator pelayanan non medis minimal sarjana kesehatan / non kesehatan

yang berlatarbelakang pendidikan sarjana psikologis atau sarjana ilmu social yang sudah terlatih VCT. Secara administrasi bertanggung jawab terhadap kepala klinik VCT.

e. Konselor

Konselor VCT yang berasal dari tenaga kesehatan atau non kesehatan yang telah mengikuti pelatihan VCT. Tenaga konselor VCT minimal dua orang dan tingkat pendidikan konselor VCT adalah SLTA. Seorang konselor sebaiknya menangani 5 – 8 orang klien perhari terbagi antara klien konseling *pra testing* dan klien konseling *pasca testing*.

Beberapa hal yang harus diperhatikan seorang konselor :

- 1) Jika konselor VCT bukan seorang dokter tidak dibenarkan melakukan tindakan medik.
- 2) Tidak melakukan tugas sebagai pengambil darah klien.
- 3) Tidak memaksa tugas sebagai pengambil darah klien.
- 4) Jika konselor VCT berhalangan melaksanakan pasca konseling dapat dilimpahkan ke konselor VCT lain dengan persetujuan klien.

Kualifikasi dasar seorang konselor VCT adalah :

- 1) Berlatar belakang kesehatan atau non kesehatan yang menegerti tentang HIV / AIDS secara menyeluruh, yaitu yang berkaitan dengan gangguan kesehatan fisik dan mental.

2) Telah mengikuti pelatihan sesuai dengan standar modul pelatihan konseling dan testing sukarela HIV yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI Tahun 2000.

f. Petugas Penanganan Kasus

Petugas penanganan kasus yang berasal dari tenaga non kesehatan yang telah mengikuti pelatihan manajemen kasus. Minimal pendidikan tenaga petugas penanganan kasus adalah SLTA. Seorang petugas penanganan kasus menangani 20 orang klien dalam satu kali periode penanganan.

g. Petugas Laboratorium

Petugas laboratorium minimal seorang petugas pengambil darah yang berlatar belakang perawat. Petugas laboratorium atau teknisi telah mengikuti pelatihan tentang memproses testing HIV dengan cara ELISA, testing cepat dan mengikuti algoritma testing yang diadopsi dari WHO.

5. Model Pelayanan VCT

Pelayanan VCT dapat dikembangkan diberbagai layanan terkait yang dibutuhkan , misalnya klinik IMS, klinik TB, ART dan sebagainya. Lokasi layanan VCT hendaknya perlu petunjuk atau tanda yang jelas hingga mudah diakses dan mudah diketahui oleh klien VCT. Nama klinik cukup mudah dan dimengerti sesuai dengan etika dan budaya setempat dimana pemberian nama tidak mengundang stigma dan diskriminasi.

Layanan VCT dapat diimplementasikan dalam berbagai setting, dan sangat bergantung pada kondisi dan situasi daerah setempat, kebutuhan masyarakat dan profil klien, seperti individual atau pasangan perempuan atau laki-laki, dewasa atau anak muda.

Model layanan VCT terdiri dari (Kemenkes RI, 2013):

a. Mobile VCT (Penjangkauan dan Keliling)

Mobile VCT atau layanan VCT bergerak merupakan model layanan dengan penjangkauan dan keliling yang dapat dilaksanakan oleh Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) atau layanan kesehatan yang langsung mengunjungi sasaran kelompok masyarakat yang memiliki perilaku berisiko atau berisiko tertular HIV/AIDS di wilayah tertentu. Model layanan bergerak ini dapat bersifat sementara atau temporer tetapi dilaksanakan secara berkala atau reguler di tempat komunitas berada, seperti tempat hiburan, bar, karaoke, sekolah, tempat kerja, di lokasi pekerja seks atau tempat populasi kunci. Model layanan ini memerlukan dukungan dan koordinasi secara kuat dengan layanan penjangkauan (*outreach*) dan pendukung sebaya (*peereducator* – PE).

b. Statis VCT (Klinik VCT Tetap)

Pusat konseling dan testing HIV/AIDS sukarela terintegrasi dalam sarana kesehatan yang telah ada. Sarana kesehatan dan sarana kesehatan lainnya harus memiliki kemampuan memenuhi kebutuhan masyarakat akan konseling dan testing HIV/AIDS, layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan terkait dengan HIV / AIDS.

6. Pemanfaatan Layanan VCT

Menurut kamus pintar Bahasa Indonesia (1995), pemanfaatan berasal dari kata dasar manfaat yang artinya guna atau faedah. Dengan demikian kata pemanfaatan berarti menggunakan sesuatu dengan tujuan untuk mendapatkan kegunaan atau faedah dari objek tersebut.

Layanan VCT adalah suatu prosedur diskusi pembelajaran antara konselor dan klien untuk memahami HIV/AIDS beserta resiko dan konsekuensi terhadap diri, pasangan, keluarga dan orang di sekitarnya dengan tujuan utama adalah perubahan perilaku ke arah perilaku yang lebih sehat dan lebih aman (Pedoman Pelayanan VCT, 2006).

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa individu dikatakan memanfaatkan layanan VCT jika dia tahu informasi mengenai layanan VCT dan mau menggunakan layanan VCT untuk tujuan yang bermanfaat. Dengan demikian pemanfaatan layanan VCT adalah sejauh mana orang yang pernah melakukan perilaku beresiko tinggi tertular HIV/AIDS merasa perlu menggunakan layanan VCT untuk mengatasi masalah kesehatannya, untuk mengurangi perilaku beresiko dan merencanakan perubahan perilaku sehat.

B. HIV-AIDS

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah retrovirus yang menginfeksi sel sistem kekebalan manusia terutama CD4+T cell dan *macrophage*, komponen vital dari sistem-sistem kekebalan tubuh dan menghancurkan atau merusak fungsi mereka. HIV yang dulu disebut virus limfotrofik sel T manusia tipe III (HTLV-III)

atau virus *limfadenopati* (LAV), adalah suatu retrovirus manusia sitopatik dari *family lentivirus*. Retrovirus merubah asam *ribonukleat* (RNA) menjadi asam *deoksiribonukleat* (DNA) setelah masuk ke dalam sel penjamu, HIV-1 dan HIV-2 adalah lentivirus sitopatik, dengan HIV-1 yang menjadi penyebab utama AIDS di seluruh dunia.

Infeksi dari HIV menyebabkan pengurangan cepat dari sistem kekebalan tubuh yang menyebabkan kekurangan imun. AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) adalah sindrom kurangnya daya tahan melawan penyakit atau suatu kumpulan gejala penyakit kerusakan sistem kekebalan tubuh, bukan penyakit bawaan tetapi didapat dari hasil penularan yang disebabkan oleh HIV (Djoerban, 2006). HIV merupakan virus yang menyerang daya tahan tubuh manusia sehingga seseorang mudah terserap penyakit. Orang yang terinfeksi HIV, cepat atau lambat (2 sampai 10 tahun) akan menderita AIDS jika tidak berobat secara teratur. Sementara AIDS merupakan kumpulan gejala penyakit dengan karakteristik defisiensi imun yang berat dan merupakan manifestasi stadium akhir infeksi HIV. Gejala-gejala klinis HIV-AIDS (Widoyono, 2011):

1. Masa inkubasi 6 bulan-5 tahun.
2. *Window period* selama 6-8 minggu, adalah waktu saat tubuh sudah terinfeksi HIV tetapi belum terdeteksi oleh pemeriksaan laboratorium.
3. Seseorang dengan HIV dapat bertahan sampai dengan 5 tahun. Jika tidak diobati, maka penyakit ini akan bermanifestasi sebagai AIDS.
4. Gejala klinis muncul sebagai penyakit yang tidak khas seperti:
 - a. Diare kronis

- b. Kandidiasis mulut yang luas
- c. *Pneumocystis carinii*
- d. *Pneumonia interstitialis limfositik*
- e. *Ensefalopati kronik*

Penyakit ini menular melalui berbagai cara, antara lain melalui cairan tubuh seperti darah, cairan genitalia, dan ASI. HIV tidak dilaporkan terdapat dalam air mata dan keringat. Pria yang sudah disunat memiliki resiko HIV yang lebih kecil dibandingkan dengan pria yang tidak disunat (Widoyono, 2011). Selain melalui cairan tubuh, HIV juga ditularkan melalui:

1. Ibu hamil
2. Secara *intrauterine*, *intrapartum*, dan *postpartum* (ASI).
3. Jarum Suntik
4. Transfusi Darah
5. Hubungan Seksual

Model penularan ini adalah yang tersering di dunia. Akhir-akhir ini dengan semakin meningkatnya kesadaran masyarakat untuk menggunakan kondom, maka penularan melalui jalur ini cenderung menurun dan digantikan oleh penularan melalui jalur penasun (Pengguna Narkoba Suntik). Pengobatan dan pencegahan HIV-AIDS yang harus dilakukan sebagai berikut (Widoyono, 2011):

1. Pengobatan pada penderita HIV-AIDS meliputi:
 - a. Pengobatan suportif
 - b. Penanggulangan penyakit oportunistik
 - c. Pemberian obat antivirus

d. Penanggulangan dampak psikososial.

2. Pencegahan penyakit HIV-AIDS antara lain:

- a. Menghindari hubungan seksual dengan penderita AIDS atau tersangka penderita AIDS.
- b. Mencegah hubungan seksual dengan pasangan yang berganti-ganti atau dengan orang yang mempunyai banyak pasangan.
- c. Menghindari hubungan seksual dengan pecandu narkoba obat suntik.
- d. Melarang orang-orang yang termasuk ke dalam kelompok berisiko tinggi untuk melakukan donor darah.
- e. Memberikan transfusi darah hanya untuk pasien yang benar-benar memerlukan.
- f. Memastikan sterilitas alat suntik

Pencegahan HIV didefinisikan sebagai upaya menurunkan kejadian penularan dan penambahan infeksi HIV melalui beberapa strategi, aktivitas, intervensi, dan pelayanan. Pencegahan positif adalah upaya-upaya pemberdayaan ODHA yang bertujuan untuk meningkatkan harga diri, kepercayaan diri dan kemampuan serta diimplementasikan di dalam suatu kerangka etis yang menghargai hak dan kebutuhan penderita HIV dan pasangannya (Depkes, 2008).

Tiga pilar pencegahan positif adalah sebagai berikut:

Meningkatkan mutu hidup penderita HIV

1. Menjaga diri untuk tidak tertular HIV maupun infeksi dari orang lain
2. Menjaga diri untuk tidak menularkan HIV kepada orang lain

Tindakan pencegahan penularan HIV dapat dilakukan dengan mencegah perilaku seks berisiko. Ada beberapa metode yang direkomendasikan oleh Kemenkes RI untuk mencegah penularan HIV yang dikenal dengan perilaku ABCDE:

1. *Abstinence* : tidak melakukan hubungan seks bebas
2. *Befaithful* : melakukan prinsip monogami yaitu tidak berganti pasangan dan saling setia pada pasangan
3. *Condom* : untuk melakukan hubungan seks yang mengandung risiko dianjurkan melakukan seks aman termasuk menggunakan kondom.
4. *Drugs* : jauhi narkoba
5. *Equipment* : hindari pemakaian alat medis yang tidak steril.

C. HIV-AIDS Pada Ibu Hamil

Lebih dari 90% anak yang terinfeksi HIV didapat dari ibunya, penularan melalui ibu kepada anaknya. Transmisi vertikal dapat terjadi secara transplasental, antepartum, maupun postpartum. Mekanisme transmisi intrauterin diperkirakan melalui plasenta. Hal ini dimungkinkan karena adanya limfosit yang terinfeksi masuk ke dalam plasenta. Transmisi intrapartum terjadi akibat adanya lesi pada kulit atau mukosa bayi atau tertelannya darah ibu selama proses kelahiran.

Beberapa faktor risiko infeksi antepartum adalah ketuban pecah dini, lahir per vaginam. Transmisi postpartum dapat juga melalui ASI yakni pada usia bayi menyusui, pola pemberian ASI, kesehatan payudara ibu, dan adanya lesi pada mulut bayi. Seorang bayi yang baru lahir akan membawa antibodi ibunya,

begitupun kemungkinan positif dan negatifnya bayi tertular HIV adalah tergantung dari seberapa parah tahapan perkembangan AIDS pada diri sang ibu.

1. Faktor yang Berperan dalam Penularan HIV dari Ibu ke Anak

Ada tiga faktor utama yang berpengaruh pada penularan HIV dari ibu ke anak, yaitu faktor ibu, bayi/anak, dan tindakan obstetric (Kemenkes RI, 2012).

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 asupan seperti asam folat, vitamin D, kalsium, zat besi, mineral selama hamil berdampak bagi kesehatan ibu dan janin akibatnya dapat 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 sehingga tidak disarankan untuk memberikan ASI kepada bayinya dan bayi dapat disarankan diberikan susu formula untuk asupan nutrisinya.

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 dimulut bayi

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

c. 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

1) Jenis persalinan

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

2) 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.

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

4) Tindakan episiotomi, ekstraksi vakum dan forceps meningkatkan risiko penularan HIV karena berpotensi melukai ibu

2. Waktu dan Resiko 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 (Kemenkes RI, 2012).

Tabel 2.1. Waktu dan Resiko Penularan HIV dari Ibu ke Anak

| Waktu | Resiko |
|------------------------------|---------------|
| Selama Hamil | 5 – 10 % |
| Bersalin | 10 – 20 % |
| Menyusui (ASI) | 5 – 20 % |
| Resiko penularan keseluruhan | 20 – 50 % |

Sumber: Hinkoff, 2004

Apabila ibu tidak menyusui bayinya, risiko penularan HIV menjadi 20-30% dan akan berkurang jika ibu mendapatkan pengobatan anti retrovirus (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. Akan tetapi, dengan terapi antiretroviral 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. Dengan pelayanan PPIA yang baik, maka tingkat penularan dapat diturunkan menjadi kurang dari 2% (Kemenkes RI, 2012).

Tabel 2.2. Resiko Penularan HIV dari Ibu ke Anak Saat Hamil, Bersalin, dan Menyusui

| 0 – 14 minggu | 14 – 16 minggu | 36 minggu Kelahiran | Selama Persalinan | 0-6 Bulan | 6 – 24 bulan |
|----------------------|-----------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|---------------------|
| 1% | 4% | 12% | 8% | 7% | 3% |

Sumber: Kemenkes RI, 2012

3. Manifestasi Klinis HIV

Manifestasi klinis infeksi HIV merupakan gejala dan tanda pada tubuh host akibat intervensi HIV. Manifestasi ini dapat merupakan gejala dan tanda infeksi virus akut, keadaan asimtomatis berkepanjangan, hingga manifestasi AIDS berat. Manifestasi gejala dan tanda dari HIV dapat dibagi menjadi 4 tahap. Pertama merupakan tahap infeksi akut, pada tahap ini muncul gejala tetapi tidak spesifik. Tahap ini muncul 6 minggu pertama setelah paparan HIV dapat berupa demam, rasa letih, nyeri otot dan sendi, nyeri telan, dan pembesaran kelenjar getah bening di leher (Nasronudin, 2012).

Kedua merupakan tahap asimtomatik, pada tahap ini gejala dan keluhan hilang. Tahap ini berlangsung 6 minggu hingga beberapa bulan bahkan tahun setelah infeksi. Pada stadium ini terjadi perkembangan jumlah virus disertai makin berkurangnya jumlah sel CD-4. Pada tahap ini aktivitas penderita masih normal (Giles, 2009).

Ketiga merupakan tahap simptomatis pada tahap ini gejala dan keluhan lebih spesifik dengan gradasi sedang samapi berat. Berat badan menurun tetapi tidak sampai 10%, pada selaput mulut terjadi sariawan berulang, terjadi peradangan pada sudut mulut, dapat juga ditemukan infeksi bakteri pada saluran napas bagian atas namun penderita dapat melakukan

aktivitas meskipun terganggu. Penderita lebih banyak di tempat tidur meskipun kurang 12 jam per hari dalam bulan terakhir.

Keempat merupakan pasien dengan jumlah sel CD4 < 200 sel/ul merupakan pasien dikategorikan pada tahap yang lebih lanjut atau tahap AIDS. Pada tahap ini terjadi penurunan berat badan lebih dari 10%, diare lebih dari 1 bulan, panas yang tidak diketahui sebabnya lebih dari satu bulan, kandidiasis oral, oral hairy leukoplakia, tuberkulosis paru dan pneumonia bakteri. Penderita berbaring di tempat tidur lebih dari 12 jam dalam sehari selama sebulan terakhir (Kemenkes RI, 2012).

Hampir 90% kasus infeksi HIV pada anak disebabkan oleh transmisi perinatal. Transmisi perinatal bisa terjadi akibat penyebaran hematogen. Beberapa penelitian melaporkan tingginya kasus terjadi akibat terpaparnya intrapartum terhadap darah maternal seperti pada kasus episiotomi, laserasi vagina atau persalinan dengan forseps, sekresi genital yang terinfeksi dan ASI. Frekuensi rata-rata transmisi vertikal dari ibu ke anak dengan infeksi HIV mencapai 25 - 30%. Faktor lain yang meningkatkan resiko transmisi ini, antara lain jenis HIV tipe 1, riwayat anak sebelumnya dengan infeksi HIV, ibu dengan AIDS, lahir prematur, jumlah CD4 maternal rendah, viral load maternal tinggi, korioamnionitis, persalinan pervaginam dan pasien HIV dengan koinfeksi.

Interpretasi kasus sering menjadi kendala karena pasien yang terinfeksi HIV adalah karier asimtomatik dan mempunyai kondisi yang memungkinkan untuk memperburuk kehamilannya. Kondisi tersebut termasuk

ketergantungan obat, nutrisi buruk, akses terbatas untuk perawatan prenatal, kemiskinan dan adanya penyakit menular seksual. Komplikasi yang mungkin terjadi adalah bayi lahir prematur, premature rupture of membran (PROM), berat bayi lahir rendah, anemia, restriksi pertumbuhan intrauterus, kematian perinatal dan endometritis postpartum (Gabbe, 2012).

Saat ini terdapat dua sistem klasifikasi utama yang digunakan, yaitu : sistem klasifikasi menurut *the U.S. Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), dan sistem klasifikasi stadium klinis dan penyakit menurut organisasi kesehatan dunia WHO.

D. Kerangka Teori

Perempuan bukan termasuk kelompok resiko tertular tapi merupakan salah satu kelompok rentan tertular HIV-AIDS. Perempuan usia reproduksi ini jika HIV positif dan hamil maka dapat berisiko menularkan kepada janin atau bayinya. Di Indonesia, penanggulangan HIV-AIDS diupayakan melalui berbagai kebijakan dan program komprehensif, salah satunya melalui pelayanan *Voluntary Counselling and Testing* atau yang dikenal dengan singkatan VCT. Berdasarkan kebijakan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV dan AIDS pasal 17 disebutkan bahwa semua ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilannya diharuskan mengikuti pemeriksaan diagnostis HIV dengan VCT sebagai upaya pencegahan dan penularan HIV dari ibu ke anak yang dikandungnya (Kemenkes RI, 2013). Semakin dini individu mendapatkan pengobatan maka semakin besar kemungkinan pengobatannya akan efektif.

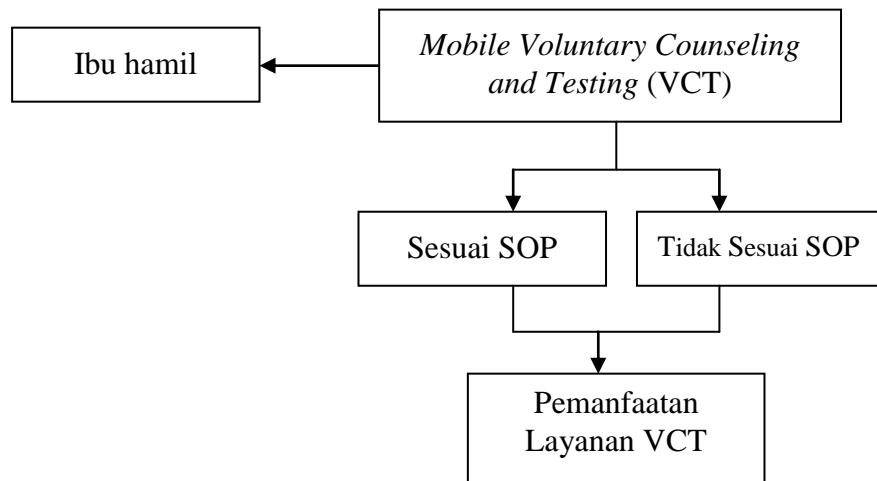
Namun pada kenyataannya untuk mengetahui apakah individu terinfeksi HIV/AIDS atau tidak melalui VCT sangat sulit. Tidak mudah untuk mendatangkan ibu hamil secara sukarela ke pelayanan kesehatan untuk melakukan VCT dan menerima kegiatan yang ada di dalamnya, tanpa ada paksaan. Adapun faktor penyebabnya karena masyarakat kurang menyadari bahwa HIV/AIDS sebetulnya mengancam kita semua, termasuk ibu hamil. Selain itu, sistem pelayanan kesehatan dapat mempengaruhi individu dalam memanfaatkan layanan VCT. Baik dari petugas kesehatan, fasilitas pelayanan, cara pelayanan, maupun obat-obatan yang diberikan.

Stigma dan diskriminasi yang ditujukan kepada penderita HIV/AIDS membuat mereka tidak mau melakukan pemeriksaan VCT. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Meiberg dkk (2016) di Afrika Selatan menunjukkan bahwa ketakutan untuk menerima stigma dan ketakutan untuk mengetahui status HIV positif merupakan penghambat utama seseorang melakukan tes HIV. Kondisi seperti ini membawa konsekuensi negatif terhadap tindakan pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS. Akibatnya sebagian masyarakat masih enggan untuk memeriksakan dirinya ke klinik VCT karena merasa takut mendapatkan hasil yang positif.

Dalam hal ini, untuk meningkatkan cakupan layanan VCT pada ibu hamil perlu dilakukan mobile VCT (penjangkauan dan keliling) oleh petugas kesehatan. Diharapkan dengan dilakukannya mobile VCT oleh petugas kesehatan, ibu hamil merasa privasinya lebih terjaga, pendekatan dan pemberian informasi kepada ibu hamil dan keluarga lebih mudah dilakukan sehingga perilaku ibu berubah dari

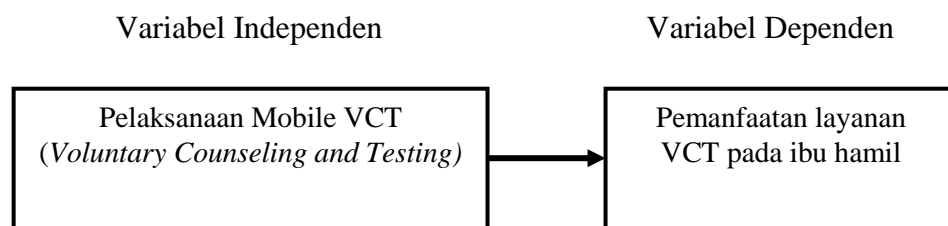
tidak melakukan VCT menjadi melakukan VCT dan akhirnya cakupan layanan VCT meningkat.

Berdasarkan landasan teori tersebut maka kerangka teoritis dalam penelitian ini adalah:



Gambar 2.1. Kerangka Teori Penelitian

E. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

F. Hipotesis

Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah:

Ada hubungan pelaksanaan mobile VCT (*Voluntary Counseling and Testing*) dengan pemanfaatan layanan VCT pada ibu hamil di Puskesmas Singosari Kecamatan Siantar Barat Kotamadya Pematang Siantar Tahun 2019.