

Ratu Matahari, S.K.M., M.A., M.Kes
Fitriana Putri Utami, S.K.M., M.Kes

KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL





Buku kesehatan reproduksi remaja dan infeksi menular seksual ini dibuat untuk menambah khazanah pengetahuan mahasiswa terkait kesehatan reproduksi.

Informasi terkait pencegahan, penularan, dan kelompok berisiko tertular IMS disajikan dalam buku ini beserta beberapa contoh soal pengayaan. Buku ini sangat bermanfaat bagi para remaja, siswa, mahasiswa, orang tua, guru, dosen, dan masyarakat pembaca pada umumnya. Semoga buku ini dapat memberikan pencerahan menuju masyarakat Indonesia sehat dan sejahtera.



 Pustaka Ilmu
 @pustakailmubook
 pustakailmu.co.id

KESEHATAN 17

ISBN 978-602-6335-93-2



9 786026 835932

Harga P. Jawa Rp 98.500

HALAMAN SAMPUL

**BAHAN AJAR KESEHATAN REPRODUKSI
REMAJA DAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL**

Disusun Oleh:

Ratu Matahari, S.K.M., M.A., M.Kes

Fitriana Putri Utami, S.K.M., M.Kes

**UNIVERSITAS AHMAD DAHLAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

2018

HAL BUKU

HAL BUKU

Infeksi Menular Seksual

Disusun Oleh:

Ratu Matahari,S.KM.,M.A.,M.Kes

Fitriana Putri Utami,S.KM.,M.Kes

UCAPAN TERIMAKASIH

Buku pengayaan bahan ajar dengan judul Infeksi Menular Seksual (IMS) penulis harapkan memberikan manfaat kepada mahasiswa fakultas kesehatan masyarakat secara khusus dan masyarakat umum. Terwujudnya karya buku pengayaan ini tak lepas dari dukungan berbagai pihak yang telah membantu penulis baik secara materi maupun moral. Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada pihakpihak yang telah memberikan dukungan sebagai berikut:

1. Direktorat Jenderal Penguatan Riset dan Pengembangan Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi
2. Wanita Pekerja Seks di Kota Yogyakarta yang telah memberikan inspirasi dan informasi kepada kami untuk menuliskan berbagai risiko kesehatan pada kelompok yang termarjinalkan

Penulis sangat menyadari bahwa dalam penulisan buku ini masih terdapat banyak kekurangan sehingga penulis memerlukan masukan dan kritik untuk meningkatkan kualitas buku ini.

Yogyakarta, September 2018

Penulis

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT karena atas rahmat dan ridhoNya penulis dapat menyelesaikan naskah buku pengayaan bagi mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan dalam bidang kesehatan reproduksi. Buku ini berisi mengenai materi dasar tentang Infeksi Menular Seksual dan HIV/AIDS untuk menunjang aplikasi materi pada mata kuliah Infeksi Menular Seksual.

Remaja merupakan asset bangsa yang harus diperhatikan. Remaja yang sehat dan trampil merupakan kunci dari kemandirian suatu bangsa, sehingga diperlukan langkah-langkah strategis guna memenuhi hak-hak kesehatan mereka. Disatu sisi pergaulan remaja yang semakin bebas mmenyebabkan mereka berisiko untuk tertular berbagai infeksi menular seksual termasuk HIV/AIDS. Untuk mencegah remaja terlibat dalam perilaku berisiko IMS dan HIV/AIDS diperlukan bekal pengetahuan yang memadai tdan dari sumber yang dapat dipertanggungjawabkan. Oleh karena itu, buku ini disusun sebagai media pembelajaran bagi remaja dalam rangka mencegah penularan IMS dan HIV/AIDS.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang setinggi-tingginya kepada Kementrian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi (Kemristekikti) Republik Indonesia, rekan-rekan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan, serta seluruh pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku ini. Kami sangat mengharapkan kritik dan saran guna menyempurnakan isi buku ini.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb

Yogyakarta, September 2018

Penulis

BAB I. IMS DAN HIV/AIDS

A. Apa itu IMS?

Infeksi Menular Seksual (IMS) adalah infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual, baik melalui vagina, mulut, maupun anus. Infeksi tersebut dapat disebabkan oleh bakteri (misalnya sifilis), jamur, virus (misalnya herpes, HIV), atau parasit (misalnya kutu).

B. Siapa yang berisiko tertular IMS?

Semua orang yang sudah pernah melakukan hubungan seksual berisiko tertular IMS. Risiko tersebut akan lebih tinggi pada orang yang: - Melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan (multipartner) - Melakukan hubungan seksual dengan seseorang yang multipartner - Melakukan hubungan seksual tanpa pengaman (kondom)

C. Mengapa IMS berbahaya?

IMS menyebabkan infeksi alat reproduksi yang harus dianggap serius. Bila tidak diobati secara tepat, infeksi dapat menjalar, sakit berkepanjangan, kemandulan dan kematian. Remaja perempuan perlu menyadari bahwa risiko untuk terkena IMS lebih besar daripada laki-laki sebab alat reproduksi perempuan lebih rentan. Dan seringkali berakibat lebih parah karena gejala awal tidak segera dikenali, sedangkan penyakit berlanjut ke tahap lebih parah. Misalnya keputihan yang lebih disebabkan oleh kuman atau bakteri yang masuk ke vagina, akibat pemeliharaan kebersihan yang buruk.

D. Mengapa Remaja Perlu Mendapatkan Pengetahuan Tentang IMS?

Remaja dianggap belum cukup memiliki pengetahuan yang komprehensif tentang pemeliharaan kesehatan reproduksi. Angka penularan IMS yang cukup tinggi pada remaja adalah salah satu buktinya. UNFPA dan WHO menyebutkan, 1 dari 20 remaja tertular IMS setiap tahunnya, sementara hampir separuh kasus infeksi HIV baru berusia di bawah 25 tahun. Beberapa faktor penyebabnya adalah:

1. Minimnya pendidikan kesehatan reproduksi dan seksualitas yang komprehensif.

2. Kontrol keluarga dan masyarakat yang cenderung semakin rendah.
3. Semakin terbukanya akses informasi mengenai seksualitas termasuk pornografi dari media atau internet yang mempermudah remaja untuk mengakses dan memanfaatkannya secara tidak benar.
4. Tingkat permisifitas (serba boleh) dari hubungan antara laki-laki dengan perempuan yang cenderung melonggar.
5. Perasaan bahwa dirinya tidak mungkin terjangkit penyakit apapun.
6. Kebutuhan untuk mencoba pengalaman baru.
7. Nilai-nilai cinta atau hubungan lawan jenis yang cenderung disalahgunakan.
8. Kurangnya pemahaman remaja akan akibat dari perilaku seks tidak aman yang dilakukannya.
9. Semakin banyaknya tempat pelacuran baik yang terlokalisir ataupun tidak.
10. Mitos-mitos yang berkembang di masyarakat tentang perilaku seksual dan dampaknya.
11. Tidak sedikit masyarakat yang masih belum bisa menerima kehadiran pendidikan seksualitas bagi keluarga. Sehingga anak remaja cenderung untuk mencari informasi kepada teman atau media yang justru tidak mendidik.

E. Bagaimana Mencegah Penularan IMS?

WHO menyatakan bahwa pantang dari hubungan seksual (abstinence) dan inisiasi tertunda perilaku seksual (terutama menghindari seks pranikah) adalah beberapa komponen utama dari upaya pencegahan IMS bagi kaum muda. Monogami dan pengurangan jumlah pasangan seksual (be faithful) serta meningkatkan akses dan layanan pencegahan komprehensif, termasuk pendidikan pencegahan dan penyediaan kondom (condoms) sangat penting bagi orang-orang muda yang aktif secara seksual.

Pada dasarnya remaja perlu memahami pentingnya poin-poin edukasi tentang hal-hal berikut ini:

1. Menghindari perilaku seksual yang tidak bertanggung jawab, antara lain: hubungan seksual pranikah, hubungan seksual tanpa pengaman.
2. Meningkatkan ketahanan moral melalui pendidikan agama/kerohanian. Di banyak ajaran agama di dunia, hubungan seksual pranikah adalah salah satu bentuk zina yang merupakan dosa besar.
3. Melakukan kegiatan-kegiatan positif, agar tidak terlintas untuk melakukan hubungan seksual.
4. Mencari informasi yang benar sebanyak mungkin tentang risiko tertular IMS.
5. Mendiskusikan dengan orang tua, guru, atau teman mengenai hal-hal yang berkaitan dengan perilaku seksual, dan mendorong untuk tidak malu bertanya.
6. Menolak ajakan pasangan yang meminta untuk melakukan hubungan seksual tidak aman.
7. Bersikap waspada, mampu membaca situasi, dan melindungi diri. Misalnya ketika pergi ke pesta atau clubbing, usahakan pergi bersama teman atau anggota keluarga yang dapat dipercaya. Minum minuman yang memabukkan (baik disengaja maupun tidak) juga merupakan gerbang menuju perilaku seksual tidak aman.
8. Mengetahui hak atas serta cara untuk menjaga kesehatan reproduksinya. Misalnya penggunaan kondom.

Perlu diperhatikan bahwa edukasi pencegahan IMS pada remaja harus disesuaikan dengan kelompok target. Edukasi pada remaja pada umumnya mungkin akan sedikit berbeda dengan edukasi pada remaja dari kelompok YKAP (young key affected population). YKAP terdiri dari remaja pekerja seks, pengguna jasa pekerja seks, kaum transjender, pengguna obat suntik, pria pelaku

seks sesama jenis, dan orang yang terinfeksi HIV. Tidak semua poin dapat diaplikasikan secara efektif pada setiap situasi. Sebagai contoh, poin (h) tentang hak dan cara menjaga sistem reproduksi mungkin patut lebih diprioritaskan oleh konselor/ pendidik dalam memberi edukasi pada kelompok remaja pekerja seks. Beberapa poin bisa menjadi isu yang sensitif bagi kelompok tertentu. Oleh karena itu, pemilihan cara edukasi harus dipersiapkan dan dipertimbangkan secara bijaksana

Referensi:

BKKBN. Buku Suplemen Bimbingan Teknis Kesehatan Reproduksi Infeksi Menular Seksual dan HIV/AIDS. Jakarta, 2012

BAB II. MITOS SEPUTAR IMS

A. Pengertian Mitos

B. Faktor Penyebab Adanya Mitos

C. Mitos Seputar IMS

1. Minum antibiotik dapat mencegah IMS

Antibiotik tidak menjamin dapat mencegah IMS karena penyebab IMS bukan hanya bakteri tapi juga virus, jamur, dan parasit. Selain itu penggunaan antibiotik harus sesuai dengan petunjuk dokter.

2. Mencuci alat kelamin

Tidak ada sabun atau desinfektan apapun yang dapat mencegah IMS, bahkan penggunaan sabun pada vagina akan mempertinggi risiko terkena keputihan akibat dari berkurangnya kadar keasaman dari permukaan vagina yang berfungsi untuk membunuh kuman-kuman yang ada.

3. Penularan melalui kamar mandi/WC

Kuman IMS tidak dapat bertahan cukup lama di luar tubuh, sehingga tidak akan menulari orang lain selain melalui cairan sperma, vagina dan darah, atau adanya perlukaan.

D. Soal Latihan

Referensi:

BKKBN. Buku Suplemen Bimbingan Teknis Kesehatan Reproduksi Infeksi Menular Seksual dan HIV/AIDS. Jakarta, 2012

BAB III. JENIS-JENIS IMS

A. JENIS IMS DAN PENYEBABNYA

B. PENCEGAHAN IMS

C. PENGOBATAN IMS

BAB IV. GONORE

BAB V. SIFILIS

BAB VI. CHLAMYDIA

BAB VII. HIV/AIDS

A. Apa itu HIV/AIDS?

HIV (Human Immunodeficiency Virus) adalah retrovirus golongan RNA yang spesifik menyerang sistem imun/kekebalan tubuh manusia. Penurunan sistem kekebalan tubuh pada orang yang terinfeksi HIV memudahkan berbagai infeksi, sehingga dapat menyebabkan timbulnya AIDS.

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) adalah sekumpulan gejala/tanda klinis pada pengidap HIV akibat infeksi tumpangan (oportunistik) karena penurunan sistem imun. Penderita HIV mudah terinfeksi berbagai penyakit karena imunitas tubuh yang sangat lemah, sehingga tubuh gagal melawan kuman yang biasanya tidak menimbulkan penyakit. Infeksi oportunistik ini dapat disebabkan oleh berbagai virus, jamur, bakteri dan parasit serta dapat menyerang berbagai organ, antara lain kulit, saluran cerna/usus, paru-paru dan otak. Berbagai jenis keganasan juga mungkin timbul.

Kebanyakan orang yang terinfeksi HIV akan berlanjut menjadi AIDS bila tidak diberi pengobatan dengan antiretrovirus (ARV). Kecepatan perubahan dari infeksi HIV menjadi AIDS, sangat tergantung pada jenis dan virulensi virus, status gizi serta cara penularan. Dengan demikian infeksi HIV dibedakan menjadi 3 tipe, yaitu: i) rapid progressor, berlangsung 2-5 tahun; ii) average progressor, berlangsung 7-15 tahun; dan iii) slow progressor, lebih dari 15 tahun.

Sel limfosit, CD4 dan Viral Load

Leukosit merupakan sel imun utama, di samping sel plasma, makrofag dan sel mast. Sel limfosit adalah salah satu jenis leukosit (sel darah putih) di dalam darah dan jaringan getah bening. Terdapat dua jenis limfosit, yaitu limfosit B, yang diproses di bursa omentalis, dan limfosit T, yang diproses di kelenjar thymus. Limfosit B adalah limfosit yang berperan penting pada respons imun humoral melalui aktivasi produksi imun humoral, yaitu antibodi berupa imunoglobulin (Ig G, IgA, Ig M, Ig D dan Ig E). Limfosit T berperan penting pada respons imun seluler, yaitu melalui kemampuannya mengenali kuman

patogen dan mengaktifasi imun seluler lainnya, seperti fagosit serta limfosit B dan sel-sel pembunuh alami (fagosit, dll). Limfosit T berfungsi menghancurkan sel yang terinfeksi kuman patogen. Limfosit T ini memiliki kemampuan memori, evolusi, aktivasi dan replikasi cepat, serta bersifat sitotoksik terhadap antigen guna mempertahankan kekebalan tubuh.

CD (cluster of differentiation) adalah reseptor tempat “melekat”-nya virus pada dinding limfosit T. Pada infeksi HIV, virus dapat melekat pada reseptor CD4 atas bantuan koreseptor CCR4 dan CXCR5. Limfosit T CD4 (atau disingkat CD4), merupakan petunjuk untuk tingkat kerusakan sistem kekebalan tubuh karena pecah/rusaknya limfosit T pada infeksi HIV. Nilai normal CD4 sekitar 8.000-15.000 sel/ml; bila jumlahnya menurun drastis, berarti kekebalan tubuh sangat rendah, sehingga memungkinkan berkembangnya infeksi oportunistik.

Viral load adalah kandungan atau jumlah virus dalam darah. Pada infeksi HIV, viral load dapat diukur dengan alat tertentu, misalnya dengan tehnik PCR (polymerase chain reaction). Semakin besar jumlah viral load pada penderita HIV, semakin besar pula kemungkinan penularan HIV kepada orang lain.

B. Mengapa HIV/AIDS perlu perhatian khusus?

HIV/AIDS perlu mendapat perhatian khusus karena metode penularannya yang tidak hanya melalui hubungan seksual, namun juga melalui kontak cairan tubuh seperti darah dan air mani. Selain itu, terapi HIV/AIDS juga spesifik, karena tanpa pengobatan yang tepat, HIV/AIDS menyebabkan orang yang terinfeksi mudah terserang berbagai penyakit yang dapat berakibat kematian.

Kasus HIV pertama kali dilaporkan di Indonesia pada tahun 1987. Sampai dengan tahun 2012, kasus HIV/AIDS telah tersebar di 345 dari 497 (69,4%) kabupaten/ kota di seluruh provinsi Indonesia. Jumlah kasus HIV baru setiap tahunnya telah mencapai sekitar 20.000 kasus. Pada tahun 2012 tercatat 21.511 kasus baru, yang 57,1 % di antaranya berusia 20-39 tahun. Sumber penularan tertinggi (58,7%) terjadi melalui hubungan seksual tidak aman pada

pasangan heteroseksual. Pada tahun 2012 tercatat kasus AIDS terbesar pada kelompok ibu rumah tangga (18,1%) yang apabila hamil berpotensi menularkan infeksi HIV ke bayinya. Pada tahun 2012 pula, dari 43.624 ibu hamil yang melakukan konseling dan tes HIV terdapat 1.329 (3,05%) ibu dengan infeksi HIV.

Lebih dari 90% bayi terinfeksi HIV tertular dari ibu HIV positif. Penularan tersebut dapat terjadi pada masa kehamilan, saat persalinan dan selama menyusui. Tanpa pengobatan yang tepat dan dini, separuh dari anak yang terinfeksi HIV akan meninggal sebelum ulang tahun kedua. Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA) atau Prevention of Mother to Child HIV Transmission (PMTCT) merupakan intervensi yang sangat efektif untuk mencegah penularan tersebut. Upaya ini diintegrasikan dengan upaya eliminasi sifilis kongenital, karena sifilis dapat mengakibatkan berbagai gangguan kesehatan pada ibu dan juga ditularkan kepada bayi seperti halnya pada infeksi HIV.

C. Siapa saja yang berisiko tertular HIV/AIDS?

Sesuai dengan metode penularannya, maka kelompok berikut adalah yang paling berisiko terinfeksi HIV:

1. Pasien yang menerima transfusi produk darah atau transplantasi organ/jaringan tubuh
2. Pelaku hubungan seks atau perilaku seksual lainnya yang tidak aman, yang memungkinkan kontak antara cairan sperma atau cairan vagina dengan mukosa kemaluan tanpa penghalang (kondom)
3. Pengguna narkotika suntik, terutama yang alat suntiknya digunakan bergantian satu sama lain
4. Mereka yang menggunakan alat tajam/suntik secara bergantian, misalnya jarum tato, jarum tindik, peralatan pencet jerawat yang tidak disterilkan atau sekali pakai.
5. Bayi yang dikandung dan dilahirkan oleh ibu yang terinfeksi HIV

6. Bayi yang disusui oleh ibu yang terinfeksi HIV
7. Petugas medis yang sering terpapar alat suntik terkontaminasi

HIV tidak ditularkan lewat kontak kasual, seperti berjabat tangan, berpelukan, menggunakan toilet yang sama, bersin, batuk, gigitan serangga, ataupun minum dari gelas yang sama. Virus HIV tidak bertahan lama di luar tubuh, terutama di tempat yang kering.

Risiko Penularan HIV dari Ibu ke Anak Risiko penularan HIV dari ibu ke anak tanpa upaya pencegahan atau intervensi berkisar antara 20-50% (Tabel 1). Dengan pelayanan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak yang baik, risiko penularan dapat diturunkan menjadi kurang dari 2%. Pada masa kehamilan, plasenta melindungi janin dari infeksi HIV; namun bila terjadi peradangan, infeksi atau kerusakan barrier plasenta, HIV bisa menembus plasenta, sehingga terjadi penularan dari ibu ke anak. Penularan HIV dari ibu ke anak lebih sering terjadi pada saat persalinan dan masa menyusui.

Selama kehamilan	5-10 %
Saat persalinan	10-20 %
Selama menyusui (rata-rata 15%)	5-20 %
Risiko penularan keseluruhan	20 - 50%

Tabel 1. Risiko Penularan HIV dari Ibu ke Anak

Ada tiga faktor risiko penularan HIV dari ibu ke anak, yaitu sebagai berikut.

1. Faktor ibu.
 - a. Kadar HIV dalam darah ibu (viral load): merupakan faktor yang paling utama terjadinya penularan HIV dari ibu ke anak: semakin tinggi kadarnya, semakin besar kemungkinan penularannya, khususnya pada saat/menjelang persalinan dan masa menyusui bayi.
 - b. Kadar CD4: ibu dengan kadar CD4 yang rendah, khususnya bila jumlah sel CD4 di bawah 350 sel/mm³, menunjukkan daya tahan tubuh yang rendah karena banyak sel limfosit yang pecah/rusak. Kadar CD4 tidak

selalu berbanding terbalik dengan viral load. Pada fase awal keduanya bisa tinggi, sedangkan pada fase lanjut keduanya bisa rendah kalau penderitanya mendapat terapi anti-retrovirus (ARV).

- c. Status gizi selama kehamilan: berat badan yang rendah serta kekurangan zat gizi terutama protein, vitamin dan mineral selama kehamilan meningkatkan risiko ibu untuk mengalami penyakit infeksi yang dapat meningkatkan kadar HIV dalam darah ibu, sehingga menambah risiko penularan ke bayi.
- d. Penyakit infeksi selama kehamilan: IMS, misalnya sifilis; infeksi organ reproduksi, malaria dan tuberkulosis berisiko meningkatkan kadar HIV pada darah ibu, sehingga risiko penularan HIV kepada bayi semakin besar.
- e. Masalah pada payudara: misalnya puting lecet, mastitis dan abses pada payudara akan meningkatkan risiko penularan HIV melalui pemberian ASI.

2. Faktor bayi.

- a. Usia kehamilan dan berat badan bayi saat lahir: bayi prematur atau bayi dengan berat lahir rendah lebih rentan tertular HIV karena sistem organ dan kekebalan tubuh belum berkembang baik.
- b. Periode pemberian ASI: risiko penularan melalui pemberian ASI bila tanpa pengobatan berkisar antara 5-20%.
- c. Adanya luka di mulut bayi: risiko penularan lebih besar ketika bayi diberi ASI.

3. Faktor tindakan obstetrik.

Risiko terbesar penularan HIV dari ibu ke anak terjadi pada saat persalinan, karena tekanan pada plasenta meningkat sehingga bisa menyebabkan terjadinya hubungan antara darah ibu dan darah bayi. Selain itu, bayi terpapar darah dan lendir ibu di jalan lahir. Faktor-faktor yang dapat

meningkatkan risiko penularan HIV dari ibu ke anak selama persalinan adalah sebagai berikut.

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

Faktor ibu	Faktor bayi	Faktor obstetrik
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kadar HIV/<i>viral load</i> dalam darah 2. Kadar CD4 3. Status gizi selama kehamilan 4. Penyakit infeksi selama kehamilan 5. Masalah payudara, jika menyusui 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prematuritas dan berat lahir rendah 2. Lama menyusui, bila tanpa pengobatan 3. Luka pada mulut bayi, jika bayi menyusui 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis persalinan 2. Lama persalinan 3. Ketuban pecah dini 4. Tindakan episiotomi, ekstraksi vakum dan forsep

Tabel 2. Faktor Risiko Penularan HIV dari Ibu ke Bayi

D. Bagaimana Perjalanan Infeksi HIV?

Terdapat tiga fase perjalanan alamiah infeksi HIV (Bagan 1) sebagai berikut.

1. Fase I: masa jendela (*window period*) – tubuh sudah terinfeksi HIV, namun pada pemeriksaan darahnya masih belum ditemukan antibodi anti-HIV. Pada masa jendela yang biasanya berlangsung sekitar dua minggu sampai tiga bulan sejak infeksi awal ini, penderita sangat mudah menularkan HIV

kepada orang lain. Sekitar 30-50% orang mengalami gejala infeksi akut berupa demam, nyeri tenggorokan, pembesaran kelenjar getah bening, ruam kulit, nyeri sendi, sakit kepala, bisa disertai batuk seperti gejala flu pada umumnya yang akan mereda dan sembuh dengan atau tanpa pengobatan. Fase “flu-like syndrome” ini terjadi akibat serokonversi dalam darah, saat replikasi virus terjadi sangat hebat pada infeksi primer HIV.

2. Fase II: masa laten yang bisa tanpa gejala/tanda (asimtomatik) hingga gejala ringan. Tes darah terhadap HIV menunjukkan hasil yang positif, walaupun gejala penyakit belum timbul. Penderita pada fase ini penderita tetap dapat menularkan HIV kepada orang lain. Masa tanpa gejala rata-rata berlangsung selama 2-3 tahun; sedangkan masa dengan gejala ringan dapat berlangsung selama 5-8 tahun, ditandai oleh berbagai radang kulit seperti ketombe, folikulitis yang hilang timbul walaupun diobati.
3. Fase III: masa AIDS merupakan fase terminal infeksi HIV dengan kekebalan tubuh yang telah menurun drastis sehingga mengakibatkan timbulnya berbagai infeksi oportunistik, berupa peradangan berbagai mukosa, misalnya infeksi jamur di mulut, kerongkongan dan paru-paru. Infeksi TB banyak ditemukan di paru-paru dan organ lain di luar paru-paru. Sering ditemukan diare kronis dan penurunan berat badan sampai lebih dari 10% dari berat awal.

Bagan 1 menunjukkan: i) Fase I, viral load (HIV dalam darah) sangat tinggi sehingga penderita sangat infeksius, limfosit T CD4 menurun tajam saat viral load mencapai puncak; ii) Fase II dengan viral load menurun dan relatif stabil, namun limfosit T CD4 berangsur-angsur menurun; dan iii) Fase III dengan viral load makin tinggi dan limfosit T CD4 mendekati nol sehingga terjadi gejala berkurangnya daya tahan tubuh yang progresif diikuti dengan timbulnya penyakit, misalnya tuberkulosis (TB), herpes zoster (HSV), oral hairy cell leukoplakia (OHL), oral candidiasis (OC), Pneumocystic carinii pneumonia (PCP), cytomegalovirus (CMV), popular pruritic eruption (PPE) dan Mycobacterium avium (MAC).



Sumber: Pedoman Nasional PPIA, Kementerian Kesehatan RI, 2013

Bagan 1. Riwayat Perjalanan Alamiah Infeksi HIV dan AIDS

Stadium Klinis Infeksi HIV Menurut WHO

World Health Organization menyatakan stadium klinis infeksi HIV yang dapat digunakan untuk memandu tatalaksana penderita HIV secara komprehensif berkesinambungan jika tes cepat HIV (rapid test HIV) dengan metoda tiga reagen secara serial (strategi tiga serial) menunjukkan hasil reaktif. Stadium klinis ini berguna untuk memandu tatalaksana penderita HIV secara komprehensif dan berkesinambungan (lihat Tabel 3).

	Stadium 1 Asimptomatik	Stadium 2 Sakit ringan	Stadium 3 Sakit sedang	Stadium 4 Sakit berat (AIDS)
Berat badan (BB)	Tidak ada penurunan BB	Penurunan BB 5-10%	Penurunan BB > 10%	Sindroma <i>wasting</i> HIV
Gejala	Tidak ada gejala atau hanya : • Limfadenopati generalisata persisten	• Luka di sekitar bibir (keilitis angularis) • Ruam kulit yang gatal (seboroik atau prurigo) • Herpes zoster dalam 5 tahun terakhir	• Kandidiasis oral atau vaginal • <i>Oral hairy leukoplakia</i> • Diare, demam yang tidak diketahui penyebabnya lebih dari satu bulan	• Kandidiasis esophageal • Herpes simpleks ulseratif lebih dari satu bulan • Limfoma • Sarkoma kaposi • Kanker serviks invasif • Retinitis cytomegalovirus
		• ISPA berulang, misalnya sinusitis atau otitis • Ulkus mulut berulang	• Infeksi bakterial yang berat (pneumoni, piomiositis, dll) • TB paru dalam satu tahun terakhir • TB limfadenopati • Gingivitis/ periodontitis ulseratif nekrotika akut	• Pneumonia pnemosistis • TB ekstra-paru • Abses otak toksoplasmosis • Meningitis kriptokokus • Encefalopati HIV • Gangguan fungsi neurologis dan tidak oleh penyebab lain, sering kali membaik dengan ART

Tabel 1. Stadium Klinis Infeksi HIV menurut WHO

E. Bagaimana Pencegahan HIV/AIDS?

Pencegahan HIV mirip dengan pencegahan IMS dan ditambah aspek penggunaan narkoba dan peralatan tajam. Pencegahan ini dikenal dengan metode ABCDE.

A= Abstinence, yaitu tidak melakukan hubungan seksual di luar pernikahan.

B= Be faithful, yaitu tetap setia pada satu pasangan seksual.

C= Condom, gunakan kondom saat melakukan hubungan seksual.

D= Don't use drugs, tidak mengonsumsi NAPZA, khususnya yang menggunakan suntikan

E= Equipment, berhati-hati terhadap peralatan yang berisiko membuat luka dan digunakan secara bergantian (bersamaan), misalnya jarum suntik, pisau cukur, dll.

Risiko penularan HIV juga dapat dicegah setelah terjadi paparan terhadap virus, misalnya ketika seseorang tanpa sengaja tertusuk jarum suntik yang terkontaminasi HIV atau setelah hubungan seksual dengan orang yang terinfeksi HIV. Pada ibu hamil yang terinfeksi HIV, penularan pada bayi yang idkandung dapat dicegah dengan penggunaan terapi antiretroviral (ARV) yang diberikan dalam pengawasan dokter

F. ARV

Tujuan:

Obat Anti Retroviral Virus (ARV) bertujuan untuk memulihkan kekebalan tubuh dan mencegah penularan

Panduan Pelaksanaan ARV

1. Pastikan status HIV pasien
2. Pasien dengan Infeksi Oportunistik (IO) berat yang tidak dapat ditangani di FKTP dirujuk ke FKRTL/RS agar penyulit ditangani dan ARV diberikan di FKRTL/RS pada saat penanganan IO.

3. Pastikan ketersediaan logistik ARV.
4. Pasien perlu diberikan informasi tentang cara minum obat dengan bahasa yang mudah dimengerti, sesuai dengan latar belakang pendidikan dan budaya setempat
5. Petugas mendukung pasien untuk minum obat secara patuh dan teratur dengan melakukan analisis faktor pendukung dan penghambat.
6. Pemberian informasi efek samping obat diberikan tanpa membuat pasien takut minum obat.
7. Obat ARV diminum seumur hidup
8. Obat ARV perlu diberikan sedini mungkin setelah memenuhi persyaratan terapi untuk mencegah pasien masuk ke stadium lebih lanjut.
9. Terapi ARV pada kekebalan tubuh yang rendah meningkatkan kemungkinan timbulnya Sindroma Pulih Imun (SPI)
10. Pemberian ARV, khususnya pada daerah dengan epidemi meluas, dapat dilakukan di tingkat puskesmas oleh perawat/bidan terlatih di bawah tanggung jawab dokter terdekat.
11. ARV diberikan kepada pasien sebulan sekali untuk mengontrol kepatuhan minum obat. Pemberian obat ARV dapat diberikan sampai tiga bulan bila pasien sudah stabil dengan riwayat kepatuhan minum obat yang tinggi.
12. Sebisa mungkin gunakan rejimen ARV yang mudah untuk pasien seperti kombinasi dosis tetap (KDT : Tenofovir-Lamivudin-Efavirenz atau TenofovirEmtricitabine-Efavirenz)
13. Puskesmas dapat melatih tenaga kader kesehatan, kelompok agama dan lembaga masyarakat lainnya untuk menjadi pengingat minum obat
14. Bila tersedia pemeriksaan laboratorium maka dapat dilakukan pemeriksaan untuk menjadi dasar memulai ARV, namun bila tidak tersedia, jangan menunda terapi ARV. Untuk obat-obat ARV dengan efek samping rendah

seperti KDT maka pemeriksaan pra-ARV tidak menjadi syarat dan dapat dilakukan kemudian.

15. Informasi lebih lengkap tentang penggunaan ARV dapat dilihat pada Pedoman Nasional Tatalaksana klinis infeksi HIV dan terapi Antiretroviral

Indikasi untuk memulai terapi ARV

1. Semua pasien dengan stadium 3 dan 4, berapapun jumlah CD4 atau
2. ♣ Semua pasien dengan CD4 < 350 sel/ml, apapun stadium klinisnya
3. Semua pasien dibawah ini apapun stadium klinisnya dan berapapun jumlah CD4
 - a. Semua pasien ko-infeksi TB
 - b. Semua pasien ko-infeksi HBV
 - c. Semua ibu hamil
 - d. ODHA yang memiliki pasangan dengan status HIV negatif (sero discordant)
 - e. Populasi kunci (penasun, waria, LSL, WPS)
 - f. Pasien HIV (+) yang tinggal pada daerah epidemi meluas seperti Papua dan Papua Barat

Obat ARV lini pertama yang tersedia di Indonesia

1. Tenofovir (TDF) 300 mg
2. Lamivudin (3TC) 150 mg
3. Zidovudin (ZDV/AZT) 100 mg
4. Efavirenz (EFV) 200 mg dan 600 mg
5. Nevirapine (NVP) 200 mg
6. Kombinasi dosis tetap (KDT)

7. TDF+FTC 300mg/200mg

8. TDF+3TC+EFV 300mg/150mg/600mg

Referensi:

Kemenkes RI. Pedoman Pelaksanaan Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak Bagi Tenaga Kesehatan. Jakarta, 2015

Kemenkes RI. Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Jakarta, 2016

BKKBN. Buku Suplemen Bimbingan Teknis Kesehatan Reproduksi Infeksi Menular Seksual dan HIV/AIDS. Jakarta, 2012

BAB VIII. ANAK-REMAJA DAN IMS

Definisi anak secara medis yang digunakan dalam buku ini adalah seseorang yang berumur kurang dari 18 tahun, dan remaja adalah seseorang yang berumur 10- 18 tahun. Sedangkan untuk aspek mediko legalnya perlu mengacu kepada ketentuan hukum lainnya yang berlaku, misalnya UU no. 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak yang hanya mengenal istilah anak saja dan tidak mengenal istilah remaja. Anak yang dimaksudkan dalam UU ini adalah seseorang yang sejak berada dalam kandungan sampai berumur 18 tahun. Selama dasawarsa yang lalu, tindak kekerasan seksual terhadap anak dan remaja telah disadari sebagai masalah sosial yang cukup serius dan memerlukan perhatian para pengambil keputusan, para pendidik, serta para profesional yang berperan di bidang kesehatan dan bidang sosial. Para peneliti telah membuktikan, ada pengaruh yang serius dari tindak kekerasan seksual terhadap kepribadian, emosi, dan kesehatan fisik para korban, maka penatalaksanaan mereka pun akan merupakan aspek penting pada penatalaksanaan kesehatan anak dan remaja baik di negara maju, maupun di negara berkembang.

Pendekatan baku penanganan IMS pada anak dan remaja yang dicurigai telah mengalami tindak kekerasan seksual menjadi penting sebab infeksi yang terjadi kemungkinan bersifat asimtomatik. Suatu IMS yang tidak terdiagnosis dan dibiarkan tanpa pengobatan akan menimbulkan komplikasi pada stadium lanjut dan kemungkinan terjadi penularan kepada orang lain.

Petugas pelayanan kesehatan tidak selalu menyadari keterkaitan antara tindak kekerasan seksual dan IMS pada anak. Di masa lalu anak yang dicurigai mengalami tindak kekerasan seksual tidak secara rutin dilakukan skrining terhadap adanya IMS. Sebaliknya, pada anak yang didiagnosis menderita IMS tidak dilakukan penyelidikan lebih lanjut terhadap sumber infeksinya, bahkan hal tersebut diasumsikan sebagai infeksi yang didapat secara nonseksual, misalnya akibat kontaminasi handuk yang dipakai atau akibat tidur yang berhimpitan, dan menyebabkan mereka bersentuhan dengan seseorang yang telah terinfeksi IMS.

Pada sebagian besar kasus, identifikasi kuman IMS pada seorang anak berusia lebih besar dari usia neonatal, mengesankan telah terjadinya tindak kekerasan seksual terhadap anak tersebut. Akan tetapi hal itu ada perkecualiannya, misalnya infeksi pada rektum atau alat genital dengan *C.trachomatis* pada anak kecil yang dapat terjadi karena telah terjadi infeksi perinatal, dan kuman ini akan bertahan sampai anak berusia 3 tahun. Sebagai tambahan vaginosis bakterial dan mikoplasma pada alat genital dapat terjadi pada anak yang telah mengalami tindak kekerasan seksual maupun yang tidak. Kutil pada alat genitalia, meskipun mengesankan adanya tindak kekerasan seksual, hal tersebut tidak spesifik untuk tindak kekerasan seksual. Bila kuman IMS dapat diisolasi atau ditemukan adanya antibodi terhadap agen penyebab IMS, maka penemuan tersebut perlu dipertimbangkan secara hati-hati untuk membuktikan adanya tindak kekerasan seksual.

Pada usia dewasa muda/ remaja, kasus tindak kekerasan seksual pada kedua jenis kelamin kemungkinan terjadi lebih banyak dari pada yang telah dilaporkan. Sebagian besar kasus tindak kekerasan seksual dilakukan oleh keluarga korban, teman-temannya, dan orang dewasa lainnya dan orang yang kontak secara sah dengan anak atau remaja tersebut. Para pelakunya sering sulit untuk diidentifikasi. Petugas kesehatan yang menduga adanya tindak kekerasan seksual harus segera mempertimbangkan untuk memberikan konseling secara khusus, dan memberikan dukungan sosial.

Perlu ditekankan bahwa dukungan psikologis dan sosial terhadap korban tindak kekerasan seksual penting dalam penatalaksanaan pasien tersebut.

Evaluasi Ims Pada Anak Dan Remaja

Pemeriksaan terhadap anak dan remaja yang mengalami kekerasan atau tindak kekerasan seksual agar dilaksanakan dengan hati-hati supaya tidak memberi dampak/trauma lanjutan. Keputusan untuk memeriksa adanya IMS dilakukan secara individual.

Petugas kesehatan yang berhadapan dengan anak atau remaja harus menghargai mereka dengan tetap menjaga kerahasiaan. Mereka harus terlatih dalam menggali riwayat seksual dan melakukan pemeriksaan medis, serta memiliki pengetahuan untuk mengatasi rasa takut pasien pada waktu melakukan pemeriksaan panggul.

Situasi yang mengarah kepada kecurigaan IMS, sehingga perlu dilakukan evaluasi IMS:

1. Orang yang melakukan tindak kekerasan seksual menderita IMS atau berisiko tinggi menderita IMS,
2. Tanda-tanda dan keluhan adanya IMS yang ditemukan pada pemeriksaan fisik.

Penanganan khusus diperlukan pada pengumpulan spesimen untuk menghindari timbulnya trauma psikologis dan fisik terhadap para korban. Manifestasi klinis IMS pada anak dan remaja sering kali berbeda dengan usia dewasa, di mana beberapa infeksi MS bersifat asimtomatik atau tidak khas. Penggunaan spekulum anak sangat jarang digunakan, kecuali pada pemeriksaan terhadap korban tindak kekerasan seksual pada usia sebelum pubertas. Pada situasi seperti itu, kemampuan, kepekaan dan pengalaman petugas kesehatan lebih penting dibandingkan dengan alat pendukung yang canggih sekalipun. Petugas medis yang melaksanakan tugas pemeriksaan dan pengumpulan spesimen harus cukup terlatih untuk bisa melakukan penilaian terhadap anak dan remaja korban tindak kekerasan seksual.

Merencanakan pemeriksaan yang akan dilakukan tergantung dari riwayat pelecehan atau tindak kekerasan seksual yang dialami. Bila tindak kekerasan seksual itu baru saja terjadi, maka kuman penyebab IMS belum berkembang- biak sampai mencapai konsentrasi yang cukup untuk memberikan hasil tes yang positif. Kunjungan selanjutnya yang berkisar 1 minggu sesudah tindak kekerasan seksual yang dialami, akan merupakan waktu yang terbaik karena sudah cukup waktu untuk kuman berkembang biak

Hal serupa, juga terjadi untuk pemeriksaan serologis, yang memerlukan pemeriksaan lanjutan sekitar 12 minggu sesudah tindak kekerasan seksual terakhir. Pemeriksaan tunggal mungkin sudah cukup bilamana anak atau remaja korban tindak kekerasan seksual tersebut telah berulang- ulang mengalaminya selama kurun waktu tertentu atau tindak kekerasan seksual terakhir terjadi beberapa waktu sebelum dilakukan pemeriksaan terhadap pasien. Waktu yang tepat untuk melakukan evaluasi terhadap korban ditetapkan secara individual, akan tetapi perlu untuk mempertimbangkan faktor psikologis dan sosial pasien.

Pemeriksaan awal

Pemeriksaan awal dan tindak lanjut meliputi

1. Kultur untuk pemeriksaan *N.gonorrhoeae* dan *C.trachomatis* yang diambil dari naso – faring dan anus pada kedua jenis kelamin, dari vagina untuk wanita dan dari uretra untuk laki-laki. Spesimen dari serviks tidak dapat dikumpulkan dari anak perempuan sebelum pubertas. Pada kasus duh tubuh pada anak laki-laki pengambilan duh tubuh dari muara uretra sudah cukup memadai dibandingkan dengan spesimen dari swab intra uretral. Hanya cara pembiakan kuman yang baku yang dapat digunakan untuk isolasi *N.gonorrhoeae*.
2. Spesimen sediaan basah apus vagina dapat digunakan untuk pemeriksaan mikroskopik adanya infeksi *T.vaginalis*. Ditemukannya clue cells mengindikasikan adanya vaginosis bakterial pada anak dengan duh tubuh vagina. Adanya clue cells atau indikator lainnya dari vaginosis bakterial dengan atau tanpa adanya duh tubuh vagina tidak dapat digunakan sebagai indikator adanya pajanan seksual.
3. Kultur jaringan virus herpes simpleks atau pemeriksaan mikroskop lapangan gelap atau tes direct fluorescent antibody untuk pemeriksaan *T.pallidum* dilakukan bila fasilitas tersedia. Pengambilan spesimen yang berasal dari vesikel untuk herpes atau ulkus untuk sifilis perlu dilakukan pada semua anak dari semua golongan umur dan pada remaja.
4. Penyimpanan serum yang diawetkan dapat digunakan sebagai bahan analisis di kemudian hari bilamana tes serologi pada saat tindak lanjut positif. Bilamana paparan seksual yang terakhir terjadi lebih dari 12 minggu sebelum pemeriksaan awal dilakukan, maka pemeriksaan serologis perlu dilakukan untuk mengetahui adanya antibody terhadap IMS. Pemeriksaan antibodi yang tersedia adalah terhadap *T.pallidum*, HIV dan virus Hepatitis B. Pemilihan tes dilakukan berdasarkan kasus per kasus.

Pemeriksaan 12 minggu sesudah tindak kekerasan seksual

Pemeriksaan yang dilakukan kira-kira 12 minggu sesudah pajanan seksual terakhir merupakan waktu pemeriksaan yang terbaik, karena telah cukup waktu untuk pembentukan antibodi terhadap agen penyebab infeksi tersebut. Perlu dipertimbangkan tes serologi terhadap T.pallidum, HIV dan virus hepatitis B. Prevalensi infeksi tersebut di atas sangat bervariasi dari tempat ke tempat. Hal yang juga penting untuk diketahui adalah faktor risiko pemerkosa/ pelaku tindak kekerasan seksual tersebut. Hasil pemeriksaan Hepatitis B agar diinterpretasikan secara hati-hati, karena virus ini dapat ditularkan secara aseksual. Sekali lagi, pemilihan tes yang akan digunakan agar dilakukan secara kasus demi kasus.

Pengobatan presumtif

Hanya sedikit data yang menjelaskan hubungan antara timbulnya infeksi menular seksual akibat tindak kekerasan seksual pada anak. Risiko tersebut diyakini cukup rendah akan tetapi data pendukung yang jelas belum ada. Pengobatan presumtif pada anak korban tindak kekerasan seksual tidak dianjurkan karena infeksi asendens pada anak wanita lebih rendah bila dibandingkan dengan wanita remaja maupun wanita dewasa. Meskipun demikian, beberapa anak atau orangtua atau yang bertanggung jawab mungkin khawatir akan terjadi IMS, walaupun risiko tersebut rendah. Pada keadaan tertentu dan berdasarkan pertimbangan timbulnya keresahan pada pasien, maka pemberian pengobatan secara presumtif dapat diberikan.

Kerentanan dan gejala klinis IMS pada anak dan remaja

Terdapat beberapa perbedaan epidemiologis IMS pada remaja dan usia dewasa, meskipun secara klinis memberikan gambaran yang serupa, misalnya para remaja cenderung lebih rentan terhadap infeksi dan lebih berisiko untuk menjadi sakit. Beberapa perbedaan ini dilaporkan terjadi antara kelompok remaja (10-19 tahun) dan kelompok dewasa muda (15- 24 tahun) dibandingkan dengan wanita muda yang telah kawin maupun yang hamil.

Pada sebagian besar kasus, gambaran IMS pada remaja juga serupa dengan pada dewasa muda. Pada saat beranjak ke masa pubertas dan remaja alat kelamin wanita

berubah akibat peningkatan hormon yang diproduksi oleh ovarium. Selama terjadi perubahan anatomi dan fisik epitel vagina akan memproduksi cairan mukos. Pengeluaran sekret yang bersifat mukos ini menyebabkan wanita remaja tersebut akan mengeluarkan duh tubuh vagina yang berwarna putih, di mana hal tersebut merupakan keadaan yang fisiologis normal. Oleh karena itulah duh tubuh vagina merupakan prediktor yang lemah akan adanya kemungkinan infeksi gonokokal maupun klamidiosis.

Kerentanan

Pada wanita sebelum masa pubertas epitel yang berbentuk silinder tumbuh meluas dari kanalis serviks bagian dalam sampai bagian pertemuan vagina dengan serviks. Ektropion serviks ini secara normal terdapat pada 60-80 % wanita dewasa muda yang seksual aktif, dan hal ini akan meningkatkan risiko terhadap infeksi *C. trachomatis*, dan *N. gonorrhoeae* yang menginfeksi epitel silindris tersebut. Paparan terhadap patogen yang onkogenik seperti virus human papiloma akan meningkatkan risiko terjadinya diskaryosis dan karsinoma pada stadium awal. Sebagai tambahan, akibat adanya cairan mukos yang produksi oleh serviks dan belum adanya imunitas humoral sampai dimulainya fase ovulasi, maka risiko timbulnya komplikasi terhadap infeksi akan lebih tinggi pada wanita muda yang masih imatur dibandingkan dengan wanita yang secara fisik telah dewasa. Infeksi yang asendens dan terjadinya penyakit radang panggul (PRP) akan lebih sering terjadi pada remaja pra pubertas yang seksual aktif dan pada mereka yang masih dalam umur pubertas dini.

Infeksi daerah serviks

Diperkirakan sekitar 85% infeksi gonokokus pada wanita bersifat asimtomatik. Sekalipun demikian dapat hal tersebut dapat memberikan gejala rasa gatal pada vulva, duh tubuh yang minimal, uretritis atau proktitis. Pada wanita masa prapubertas, mungkin dapat dijumpai vulvo vaginitis yang purulen. Hal serupa, dapat dijumpai pada infeksi *C. trachomatis* yang juga asimtomatik pada sebagian besar kasus. Gejala mungkin dapat terjadi pada wanita dewasa muda yang mengalami perdarahan di antara periode menstruasi, perdarahan sesudah bersenggama dan meningkatnya sekresi cairan vagina.

Ulkus genitalis

Gambaran klinis sifilis pada umumnya sama, baik pada remaja maupun dewasa muda. Tahapan dari ulkus primer, manifestasi sifilis sekunder dan sifilis laten, memberikan respons serologis yang sama pada kelompok tersebut.

Kutil di daerah anogenital

Kutil berbentuk lesi yang kondilomatosa (seperti jengger ayam), papuler atau rata.

Infeksi vagina

Trikomoniasis, kandidiasis dan vaginosis bakterialis umumnya merupakan tiga penyebab kelainan patologis duh tubuh vagina. *Trichomonas vaginalis* ditularkan melalui hubungan seks, dan menjadi penyebab duh tubuh vagina dengan bau tajam menyengat yang dapat disertai luka dan iritasi pada vulva. Namun dapat juga tidak menunjukkan gejala sama sekali.

Candida albicans tidak umum ditemukan pada remaja sebelum pubertas. Bila ditemukan, pada usia remaja akan menimbulkan duh tubuh, rasa gatal pada vulva, dispareunia (nyeri pada saat bersenggama), rasa nyeri pada daerah perianal atau terjadinya fisur (luka celah) pada muara liang senggama. Serangan vulvitis yang disebabkan kandidiasis biasanya bersifat berkala dan berkaitan dengan periode menstruasi. Vaginosis bakterialis tidak menimbulkan vulvitis (radang vulva) dan pada usia remaja tidak memberikan keluhan rasa gatal atau nyeri.

Referensi:

Kemenkes RI. Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual. Jakarta,2016

BAB IX. PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Situasi pelayanan kesehatan remaja di Indonesia

Program Kesehatan Remaja sudah mulai diperkenalkan di puskesmas sejak awal dekade yang lalu. Selama lebih sepuluh tahun, program ini lebih banyak bergerak dalam pemberian informasi, berupa ceramah, tanya jawab dengan remaja tentang masalah kesehatan melalui wadah Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), Karang Taruna, atau organisasi pemuda lainnya dan kader remaja lainnya yang dibentuk oleh Puskesmas. Staf puskesmas berperan sebagai fasilitator dan narasumber. Pemberian pelayanan khusus kepada remaja melalui perlakuan khusus yang disesuaikan dengan keinginan, selera dan kebutuhan remaja belum dilaksanakan. Dengan demikian, remaja, bila menjadi salah satu pengunjung puskesmas masih diperlakukan selayaknya pasien lain sesuai dengan keluhan atau penyakitnya.

Melihat kebutuhan remaja dan memperhitungkan tugas puskesmas sebagai barisan terdepan pemberi layanan kesehatan kepada masyarakat, seharusnya Puskesmas memberikan pelayanan yang layak kepada remaja sebagai salah satu kelompok masyarakat yang dilayaninya. Pelayanan kesehatan remaja di puskesmas amat strategis dan dapat dilaksanakan dengan efektif dan efisien mengingat ketersediaan tenaga kesehatan dan kesanggupan jangkauan Puskesmas ke segenap penjuru Indonesia seperti halnya keberadaan remaja sendiri, dari daerah perkotaan hingga terpencil perdesaan.

PEDOMAN PELAYANAN KESEHATAN PEDULI REMAJA (PKPR)

Pengertian PKPR

Pelayanan kesehatan yang ditujukan dan dapat dijangkau oleh remaja, menyenangkan, menerima remaja dengan tangan terbuka, menghargai remaja, menjaga kerahasiaan, peka akan kebutuhan terkait dengan kesehatannya, serta efektif dan efisien dalam memenuhi kebutuhan tersebut. Singkatnya, PKPR adalah pelayanan kesehatan kepada remaja yang mengakses semua golongan remaja, dapat diterima, sesuai, komprehensif, efektif dan efisien.

Tujuan PKPR di Puskesmas

Tujuan Umum: Optimalisasi pelayanan kesehatan remaja di Puskesmas.

Tujuan Khusus:

1. Meningkatkan penyediaan pelayanan kesehatan remaja yang berkualitas.
2. Meningkatkan pemanfaatan Puskesmas oleh remaja untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
3. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja dalam pencegahan masalah kesehatan khusus pada remaja.
4. Meningkatkan keterlibatan remaja dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kesehatan remaja.

Ciri khas atau karakteristik PKPR

Berikut ini karakteristik PKPR merujuk WHO (2003) yang menyebutkan agar Adolescent Friendly Health Services (AFHS) dapat terakses kepada semua golongan remaja, layak, dapat diterima, komprehensif, efektif dan efisien, memerlukan:

1. Kebijakan yang peduli remaja.

Kebijakan peduli remaja ini bertujuan untuk:

- a. Memenuhi hak remaja sesuai kesepakatan internasional.
- b. Mengakomodasi segmen populasi remaja yang beragam, termasuk kelompok yang rapuh dan rawan. Tidak membatasi pelayanan karena kecacatan, etnik, rentang usia dan status.
- c. Memberikan perhatian pada keadilan dan kesetaraan gender dalam menyediakan pelayanan.
- d. Menjamin privasi dan kerahasiaan.
- e. Mempromosikan kemandirian remaja, tidak mensyaratkan persetujuan orang tua, dan memberikan kebebasan berkunjung.

- f. Menjamin biaya yang terjangkau/gratis. Perlu kebijakan pemerintah daerah misalnya pembebasan biaya untuk kunjungan remaja.

2. Prosedur pelayanan yang peduli remaja.

- a. Pendaftaran dan pengambilan kartu yang mudah dan dijamin kerahasiaannya.
- b. Waktu tunggu yang pendek.
- c. Dapat berkunjung sewaktu-waktu dengan atau tanpa perjanjian terlebih dahulu. Bila petugas PKPR masih merangkap tugas lain, berkunjung dengan perjanjian akan lebih baik, mencegah kekecewaan remaja yang datang tanpa bisa bertemu dengan petugas yang dikehendaki.

3. Petugas khusus yang peduli remaja.

- a. Mempunyai perhatian dan peduli, baik budi dan penuh pengertian, bersahabat, memiliki kompetensi teknis dalam memberikan pelayanan khusus kepada remaja, mempunyai keterampilan komunikasi interpersonal dan konseling.
- b. Termotivasi bekerja-sama dengan remaja.
- c. Tidak menghakimi, merendahkan, tidak bersikap dan berkomentar tidak menyenangkan.
- d. Dapat dipercaya, dapat menjaga kerahasiaan.
- e. Mampu dan mau mengorbankan waktu sesuai kebutuhan.
- f. Dapat ditemui pada kunjungan ulang.
- g. Menunjukkan sikap menghargai kepada semua remaja dan tidak membedakannya.
- h. Memberikan informasi dan dukungan cukup hingga remaja dapat memutuskan pilihan tepat untuk mengatasi masalahnya atau memenuhi kebutuhannya.

4. Petugas pendukung yang peduli remaja.

Bagi petugas lain yang berhubungan pula dengan remaja, misalnya petugas loket, laboratorium dan unit pelayanan lain juga perlu menunjukkan sikap menghargai kepada semua remaja dan tidak membedakannya. Mempunyai kompetensi sesuai bidangnya masing-masing. Mempunyai motivasi untuk menolong dan memberikan dukungan pada remaja.

5. Fasilitas kesehatan yang peduli remaja.

- a. Lingkungan yang aman. Lingkungan aman disini berarti bebas dari ancaman dan tekanan dari orang lain terhadap kunjungannya sehingga menimbulkan rasa tenang dan membuat remaja tidak segan berkunjung kembali. Lokasi pelayanan yang nyaman dan mudah dicapai. Lokasi ruang konseling tersendiri, mudah dicapai tanpa perlu melalui ruang tunggu umum atau ruang-ruang lain sehingga menghilangkan kekhawatiran akan bertemu seseorang yang mungkin beranggapan buruk tentang kunjungannya (stigma).
- b. Fasilitas yang baik, menjamin privasi dan kerahasiaan. Suasana semarak berselera muda dan bukan muram, dari depan gedung sampai ke lingkungan ruang pelayanan, merupakan daya tarik tersendiri bagi remaja agar berkunjung. Hal lain adalah adanya kebebasan pribadi (privasi) di ruang pemeriksaan, ruang konsultasi dan ruang tunggu, di pintu masuk dan keluar, serta jaminan kerahasiaan. Pintu dalam keadaan tertutup pada waktu pelayanan dan tidak ada orang lain bebas keluar masuk ruangan. Kerahasiaan dijamin pula melalui penyimpanan kartu status dan catatan konseling di lemari yang terkunci, ruangan yang kedap suara, pintu masuk keluar tersendiri, ruang tunggu tersendiri, petugas tidak berteriak memanggil namanya atau menanyakan identitas dengan suara keras.
- c. Jam kerja yang nyaman. Umumnya waktu pelayanan yang sama dengan jam sekolah menjadi salah satu faktor penghambat terhadap akses pelayanan. Jam pelayanan yang menyesuaikan waktu luang remaja

menjadikan konseling dapat dilaksanakan dengan santai, tidak terburu-buru, dan konsentrasi terhadap pemecahan masalah dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya.

- d. Tidak adanya stigma. Pemberian informasi kepada semua pihak akan meniadakan stigma misalnya tentang kedatangan remaja ke puskesmas yang semula dianggap pasti mempunyai masalah seksual atau penyalahgunaan NAPZA.
- e. Tersedia materi KIE. Materi KIE perlu disediakan baik di ruang tunggu maupun di ruang konseling. Perlu disediakan leaflet yang boleh dibawa pulang tentang berbagai tips atau informasi kesehatan remaja. Hal ini selain berguna untuk memberikan pengetahuan melalui bahan bacaan juga merupakan promosi tentang adanya PKPR kepada sebayanya yang ikut membaca brosur tersebut.

6. Partisipasi/keterlibatan remaja.

Remaja mendapat informasi yang jelas tentang adanya pelayanan, cara mendapatkan pelayanan, kemudian memanfaatkan dan mendukung pelaksanaannya serta menyebar luaskan keberadaannya. Remaja perlu dilibatkan secara aktif dalam perencanaan, pelaksanaan dan penilaian pelayanan. Ide dan tindak nyata mereka akan lebih mengena dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan karena mereka mengerti kebutuhan mereka, mengerti “bahasa” mereka, serta mengerti bagaimana memotivasi sebaya mereka. Sebagai contoh ide tentang interior design dari ruang konseling yang sesuai dengan selera remaja, ide tentang cara penyampaian kegiatan pelayanan luar gedung hingga diminati remaja, atau cara rujukan praktis yang dikehendaki.

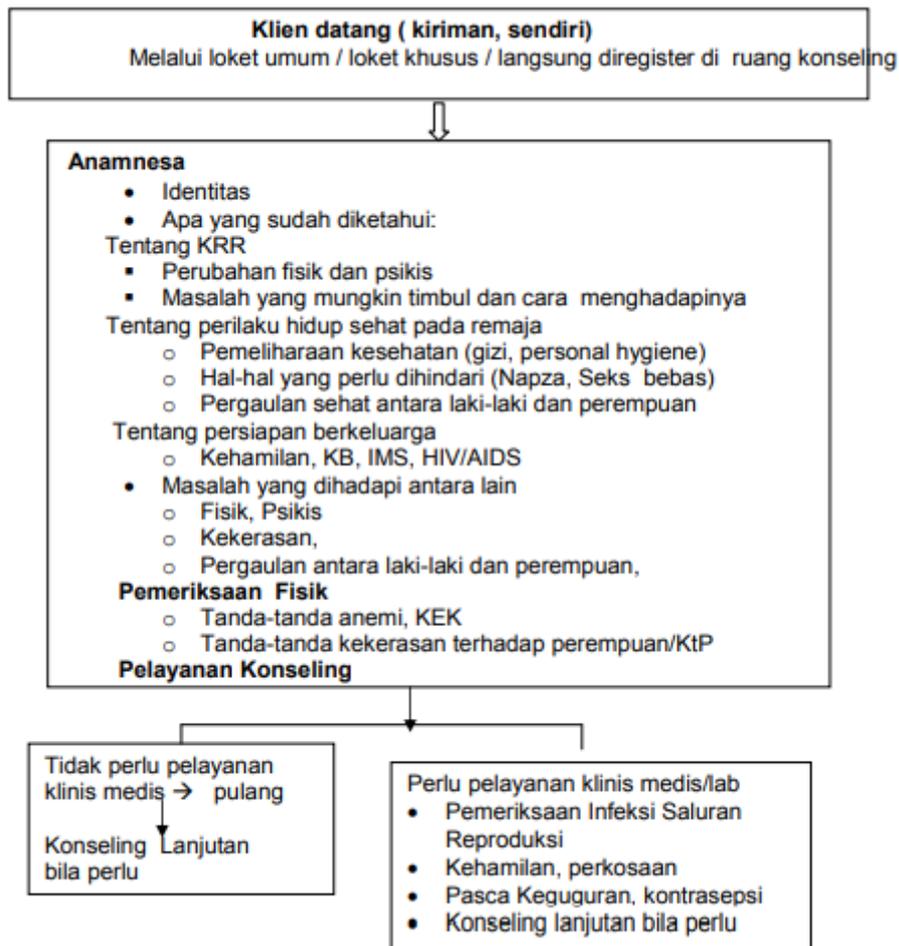
7. Keterlibatan masyarakat.

Perlu dilakukan dialog dengan masyarakat tentang PKPR ini hingga masyarakat mengetahui tentang keberadaan pelayanan tersebut dan menghargai nilainya, mendukung kegiatannya dan membantu meningkatkan mutu pelayanannya.

8. Berbasis masyarakat, menjangkau ke luar gedung, serta mengupayakan pelayanan sebaya. Hal ini perlu dilakukan untuk meningkatkan jangkauan pelayanan. Pelayanan sebaya adalah KIE untuk konseling remaja dan rujukannya oleh teman sebayanya yang terlatih menjadi pendidik sebaya (peer educator). atau konselor sebaya (peer counselor)
9. Pelayanan harus sesuai dan komprehensif. Meliputi kebutuhan tumbuh kembang dan kesehatan fisik, psikologis dan sosial. Menyediakan paket komprehensif dan rujukan ke pelayanan terkait remaja lainnya. Harus dijamin kelancaran prosedur rujukan timbal balik. Kurang terinformasinya keberadaan PKPR di puskesmas pada institusi yang ada di masyarakat mengakibatkan rujukan tidak efektif. Sebaliknya kemitraan yang kuat dengan pemberi layanan kesehatan dan sosial lainnya akan melancarkan proses rujukan timbal balik. Menyederhanakan proses pelayanan, meniadakan prosedur yang tidak penting.
10. Pelayanan yang efektif Dipandu oleh pedoman dan prosedur tetap penatalaksanaan yang sudah teruji. Memiliki sarana prasarana cukup untuk melaksanakan pelayanan esensial. Mempunyai sistem jaminan mutu bagi pelayanannya.
11. Pelayanan yang efisien Mempunyai SIM (Sistem Informasi Manajemen) termasuk informasi tentang biaya dan mempunyai sistem agar informasi tersebut dapat dimanfaatkan.

Alur dan langkah pelaksanaan PKPR pada klien

Dalam melayani remaja, pemberian pelayanan secara komprehensif hendaknya selalu melekat pada pemikiran dan tindakan dari petugas. Tahapan pelayanan pada klien digambarkan pada bagan di bawah ini:



Berkaitan dengan alur pemikiran komprehensif yang telah disebutkan terdahulu, dalam memberikan pelayanan, petugas perlu selalu menganalisa tentang keterkaitan perilaku, gangguan fisik yang diakibatkannya, serta mengacu kepada standar penanganan masing-masing kasus.

Contoh dibawah ini alur pemikiran akibat lanjut remaja seksual aktif dan penanganannya, menggambarkan pelayanan yang terintegratif dari paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) yang terdiri dari komponen KB, KIA, Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Menular Seksual serta Kesehatan Reproduksi Remaja, tetap terpelihara.



Jenis kegiatan dalam PKPR

Kegiatan dalam PKPR sesuai dengan kondisi dan kebutuhannya, dilaksanakan di dalam gedung atau di luar gedung, untuk sasaran perorangan atau kelompok, dilaksanakan oleh petugas Puskesmas atau petugas lain di institusi atau masyarakat, berdasarkan kemitraan. Jenis kegiatan meliputi :

1. Pemberian Informasi dan edukasi.

- a. Dilaksanakan di dalam gedung atau di luar gedung, secara perorangan atau berkelompok.
- b. Dapat dilaksanakan oleh guru, pendidik sebaya yang terlatih dari sekolah atau dari lintas sektor terkait dengan menggunakan materi dari (atau sepengetahuan) Puskesmas..

- c. Menggunakan metoda ceramah tanya jawab, FGD (Focus Group Discussion), diskusi interaktif, yang dilengkapi dengan alat bantu media cetak atau media elektronik (radio, email, dan telepon/hotline, SMS).
- d. Menggunakan sarana KIE yang lengkap, dengan bahasa yang sesuai dengan bahasa sasaran (remaja, orang tua, guru) dan mudah dimengerti. Khusus untuk remaja perlu diingat untuk bersikap tidak menggurui serta perlu bersikap santai.

2. Pelayanan klinis medis termasuk pemeriksaan penunjang dan rujukannya.

Hal yang perlu diperhatikan dalam melayani remaja yang berkunjung ke Puskesmas adalah:

- a. Bagi klien yang menderita penyakit tertentu tetap dilayani dengan mengacu pada prosedur tetap penanganan penyakit tersebut.
- b. Petugas dari BP umum, BP Gigi, KIA dll dalam menghadapi klien remaja yang datang, diharapkan dapat menggali masalah psikososial atau yang berpotensi menjadi masalah khusus remaja, untuk kemudian bila ada, menyalurkannya ke ruang konseling bila diperlukan.
- c. Petugas yang menjangir remaja dari ruang lain tersebut dan juga petugas penunjang seperti loket dan laboratorium seperti halnya petugas khusus PKPS juga harus menjaga kerahasiaan klien remaja, dan memenuhi kriteria peduli remaja.
- d. Petugas PKPR harus menjaga kelangsungan pelayanan dan mencatat hasil rujukan kasus per kasus.

3. Konseling

Konseling adalah hubungan yang saling membantu antara konselor dan klien hingga tercapai komunikasi yang baik, dan pada saatnya konselor dapat menawarkan dukungan, keahlian dan pengetahuan secara berkesinambungan hingga klien dapat mengerti dan mengenali dirinya sendiri serta permasalahan

yang dihadapinya dengan lebih baik dan selanjutnya menolong dirinya sendiri dengan bantuan beberapa aspek dari kehidupannya.

Tujuan konseling dalam PKPR adalah:

- a. Membantu klien untuk dapat mengenali masalahnya dan membantunya agar dapat mengambil keputusan dengan mantap tentang apa yang harus dilakukannya untuk mengatasi masalah tersebut.
- b. Memberikan pengetahuan, keterampilan, penggalian potensi dan sumber daya secara berkesinambungan hingga dapat membantu klien dalam:
 - i. Mengatasi kecemasan, depresi atau masalah kesehatan mental lain.
 - ii. Meningkatkan kewaspadaan terhadap isu masalah yang mungkin terjadi pada dirinya.
 - iii. Mempunyai motivasi untuk mencari bantuan bila menghadapi masalah.

Konseling merupakan kegiatan yang dapat mewakili PKPR. Sebab itu langkah pelaksanaannya perlu dijadikan standar dalam menilai kualitas pelaksanaan PKPR. VCT (Voluntary Counseling and Testing for HIV/AIDS) adalah konseling khusus diikuti oleh pemeriksaan laboratoriu untuk HIV/AIDS atas dasar sukarela. VCT memerlukan keterampilan dan sarana khusus, dan hanya dilakukan oleh petugas terlatih khusus untuk penanggulangan HIV/AIDS.

4. Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS)

Dalam menangani kesehatan remaja perlu tetap diingat dengan optimisme bahwa bila remaja dibekali dengan keterampilan hidup sehat maka remaja akan sanggup menangkal pengaruh yang merugikan bagi kesehatannya. PKHS merupakan adaptasi dari Life Skills Education(LSE). Life skills atau keterampilan hidup adalah kemampuan psikososial seseorang untuk memenuhi kebutuhan dan mengatasi masalah dalam kehidupan se-hari-hari secara efektif. Keterampilan ini mempunyai peran penting dalam promosi kesehatan dalam lingkup yang luas yaitu kesehatan fisik, mental dan sosial.

Contoh yang jelas bahwa peningkatan keterampilan psikososial ini dapat memberi kontribusi yang berarti dalam kehidupan keseharian adalah keterampilan mengatasi masalah perilaku yang berkaitan dengan ketidakmampuan mengatasi stres dan tekanan dalam hidup dengan baik. Keterampilan psikososial di bidang kesehatan dikenal dengan istilah PKHS. PKHS dapat diberikan secara berkelompok di mana saja, di sekolah, Puskesmas, sanggar, rumah singgah dan sebagainya.

5. Pelatihan pendidik sebaya dan konselor sebaya.

Pelatihan ini merupakan salah satu upaya nyata mengikut sertakan remaja sebagai salah satu syarat keberhasilan PKPR. Dengan melatih remaja menjadi kader kesehatan remaja yang lazim disebut pendidik sebaya, beberapa keuntungan diperoleh yaitu pendidik sebaya ini akan berperan sebagai agen pengubah sebayanya untuk berperilaku sehat, sebagai agen promotor keberadaan PKPR, dan sebagai kelompok yang siap membantu dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi PKPR. Pendidik sebaya yang berminat, berbakat, dan sering menjadi tempat “curhat” bagi teman yang membutuhkannya dapat diberikan pelatihan tambahan untuk memperdalam keterampilan interpersonal relationship dan konseling, sehingga dapat berperan sebagai konselor remaja.

6. Pelayanan rujukan.

Sesuai kebutuhan, Puskesmas sebagai bagian dari pelayanan klinis medis, melaksanakan rujukan kasus ke pelayanan medis yang lebih tinggi. Rujukan sosial juga diperlukan dalam PKPR, sebagai contoh penyaluran kepada lembaga keterampilan kerja untuk remaja pasca penyalah-guna napza, atau penyaluran kepada lembaga tertentu agar mendapatkan program pendampingan dalam upaya rehabilitasi mental korban perkosaan. Sedangkan rujukan pranata hukum kadang diperlukan untuk memberi kekuatan hukum bagi kasus tertentu atau dukungan dalam menindaklanjuti suatu kasus. Tentu saja kerjasama ini harus diawali dengan komitmen antar institusi terkait, yang dibangun pada tahap awal sebelum PKPR dimulai.

Referensi:

Anonim. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja.
https://www.k4health.org/sites/default/files/Program_PKPR_0_0.pdf

BAB X. KONSELING IMS

A. Definisi Konseling

Beberapa definisi konseling, yaitu:

1. Proses di mana konselor berusaha membantu dan memecahkan permasalahan yang di hadapi klien.
2. Interaksi dua arah antara klien dan konselor di mana konselor menggali kebutuhan, pengetahuan, dan permasalahan seksualitas dan kesehatan reproduksi (SKR) klien, tanpa melihat jenis pelayanan kesehatan yang di tekuni petugas dan jenis pelayanan yang di minta klien.

Walaupun ada banyak definisi konseling, tetapi memiliki kesamaan dalam hal:

Proses: konseling biasanya di selenggarakan lebih dari satu kali pertemuan; klien harus di perkenankan dan dipancing menyatakan perasaan dan pendapatnya melalui **interaksi dua arah antara klien dan petugas/konselor;**

Peran konselor: Peran konselor bukan untuk mencari atau memberikan solusi, tetapi memberikan informasi, pengetahuan, dukungan, dan semangat, kepada klien agar mampu membuat keputusannya sendiri; jadi **keputusan akhir selalu dibuat oleh klien** dan bukan oleh konselor/petugas.

B. Tujuan Dan Maksud Konseling

Berkaitan dengan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif, konseling memiliki tujuan dan maksud sebagai berikut:

1. **Perubahan perilaku.** Banyak klien yang tidak menyadari bahwa mereka memiliki perilaku yang beresiko. Konseling diharapkan bisa membantu klien untuk merubah perilaku rentan mereka sehingga dapat mengurangi mereka dari keterpaparan terhadap risiko.
2. **Meningkatkan ras percaya diri.** Klien yang mengalami permasalahan kesehatan reproduksi biasanya cenderung menutup diri ari masyarakat dan

keluarga. Konseling dapat membantu/menguatkan klien agar bisa lebih menerima kondisi tubuhnya secara positif.

3. **Pemecahan masalah.** Klien perlu bantuan, dukungan dan semangat untuk menjaga kesehatannya. Konseling tidak hanya membantu klien keluar dari masalah yang melingkupinya, juga melindunginya dari permasalahan yang lebih kompleks. Sebagai contoh, saat klien dihadapkan pada permasalahan kehamilan tak diinginkan, konseling membantu klien memutuskan yang terbaik untuk tubuhnya.
4. **Efektifitas personal.** Akar masalah seksualitas dan kesehatan reproduksi (SKR) sangat kompleks, bukan sekedar masalah medis tetapi sebanyak masalah sosial yang ada. Konsekuensi masalah yang SKR (Sosial dan medis) tidak hanya berdampak kepada klien itu sendiri tetapi juga anak-anaknya, pasangannya, dan mungkin masyarakatnya. Tujuan konseling adalah menginformasikan klien mengenai hak-hak dan pilihannya, serta memberdayakan klien untuk membuat keputusan. Konselor juga dapat menjangkau masyarakat mengajarkan mereka mengenai akar masalah, keterbatasan dan konsekuensi berkaitan dengan pengobatan.

C. Langkah-Langkah/Tahapan Konseling

1. Membina hubungan melalui membangun rapport. Membina hubungan yang ramah, yang dapat dipercaya dan menjamin kerahasiaan:
 - a. Mengucapkan salam.
 - b. Mempersilahkan klien duduk.
 - c. Menciptakan situasi yang membuat klien merasa nyaman.
2. Identifikasi masalah

Beberapa klien mungkin akan menyampaikan secara langsung permasalahannya saat konselor menanyakan maksud dan tujuan klien mendatangi konselor. Namun tidak jarang, konselor harus menggunakan keterampilannya untuk mampu menangkap permasalahan yang dihadapi dari

cerita/penjelasan klien. Selama identifikasi masalah, konselor harus menjadi pendengar yang baik dan mengamati dari tanda-tanda non-verbal.

3. Penjelasan masalah

Berikan informasi setepat dan sejelas mungkin sesuai dengan persoalan yang diajukan, termasuk berbagai alternatif jalan keluar. Hindari memberikan informasi yang tidak dibutuhkan klien.

4. Pengambilan keputusan

Mendorong dan membantu klien untuk menentukan jalan keluar atas persoalan yang dihadapinya.

5. Menutup/menunda konseling

Bila klien terlihat puas, ucapkan salam penutup. Bila diskusi dengan klien belum selesai dan klien belum mampu mengambil keputusan, tawarkan klien untuk mengatur pertemuan selanjutnya.

D. Klien Dengan ISR Dan IMS/AIDS

1. Komplikasi serius ISR/IMS : jutaan laki-laki, perempuan dan anak-anak di seluruh dunia terkena komplikasi dari ISR dan PMS. Akibat dari infeksi ini bisa beragam komplikasi, jangka panjang, dan serng kali mematikan, terutama pada perempuan. Beberapa ISR/IMS juga berhubungan dengan komplikasi kehamilan atau infeksi kongenital. Sayangnya, gejala dan tandanya bisa tidak terlihat hingga akhirnya terlambat untuk mencegah terjadinya kerusakan serius pada organ-organ reproduksi. ISR yang sesungguhnya bisa disembuhkan, juga dapat menimbulkan komplikasi serius bila tidak diobati. Jika diagnosa dan pengobatan tidak dilakukan sedini mungkin, beberapa dari infeksi ini bisa menyebabkan kemandulan, sakit pinggang kronis, persalinan premature, aborsi spontan, kehamilan ektopik, peradangan pada testis, kardiovaskular, atau kmplikasi neurologis, bahkan kematian. Beberapa infeksi juga dapat menyebabkan phneumonia, infeksi pernapasan, dan infeksi mata pada bayi baru lahir. komplikasi ISR dan IMS tidak hanya mempengaruhi kesehatan idividu, tetapi juga kualitas hidup dan produktivitas ekonomi perempuan dan laki-laki, keluarga dan masyarakat.

2. Kenapa pelayanan kesehatan reproduksi fokus pada ISR dan IMS ? ISR dan IMS adalah masalah yang berkembang dan menyebar diseluruh dunia. Meskipun ISR berdampak serius baik bagi negara maju maupun negara berkembang, namun negara berkembang atau negara miskin seperti indonesia, dampaknya lebih besar lagi.
3. Setiap tahun diperkirakan ada 400 juta orang dewasa di dunia terinfeksi ISR.
4. Pada tahun 2000, diperkirakan 5,3 juta orang (termasuk 600.000 anak-anak usia dibawah 15 tahun) terinfeksi HIV.
5. Hingga November 2000, diperkirakan 36,1 juta orang dewasa dan anak-anak di dunia hidup dengan AIDS atau terinfeksi HIV.
6. Di beberapa negara berkembang, prevalensi ISR rata-rata antara 5% sampai 52% ditemukan pada perempuan yang datang ke klinik bersalin dan KB.

Edukasi tentang IMS penting dilakukan, mengingat salah satu tujuan program penanggulangan HIV/AIDS ialah perubahan perilaku yang berhubungan erat dengan penyebaran IMS. Untuk melakukan kegiatan ini perlu disediakan satu ruangan khusus yang dapat merahasiakan pembicaraan antara pasien dan penyuluh atau konselor. Tujuan konseling adalah untuk membantu pasien mengatasi masalah yang dihadapi pasien sehubungan dengan IMS yang dideritanya, sedangkan edukasi bertujuan agar pasien mau mengubah perilaku seksual berisiko menjadi perilaku seksual aman. Kedua pengertian ini perlu dipahami dengan benar.

Konseling bagi pasien IMS merupakan peluang penting untuk dapat sekaligus memberikan edukasi tentang pencegahan infeksi HIV pada seseorang yang berisiko terhadap penyakit tersebut. Kelompok remaja merupakan kelompok sasaran khusus dan penting dalam upaya pencegahan primer sebab seringkali kehidupan seksual dan reproduktif mereka berisiko. Umumnya mereka tidak menyadari risiko yang mereka hadapi untuk tertular IMS.

Penilaian perilaku merupakan bagian integral dari riwayat IMS dan pasien sebaiknya diberikan penyuluhan untuk mengurangi risikonya terhadap

penularan HIV dan IMS, termasuk abstinensia hubungan seksual, berhati-hati memilih pasangan seksual, serta penggunaan kondom.

Kondom sudah tersedia di setiap fasilitas kesehatan yang melaksanakan pelayanan IMS, dan petunjuk penggunaannya juga perlu disiapkan. Sekalipun kondom tidak memberikan perlindungan 100% untuk setiap infeksi, namun bila digunakan dengan tepat akan sangat mengurangi risiko infeksi. Pencegahan kehamilan juga merupakan salah satu tujuan penggunaan kondom, sehingga dua jenis pencegahan ini perlu diberitahukan kepada pasien. Kepada kelompok dewasa muda juga perlu diinformasikan di mana mereka bisa mendapatkan alat kontrasepsi dan kondom.

Pada umumnya pasien IMS, membutuhkan penjelasan tentang penyakit, jenis obat yang digunakan, dan pesan-pesan lain yang bersifat umum. Penjelasan dokter diharapkan dapat mendorong pasien untuk mau menuntaskan pengobatan dengan benar. Dalam memberikan penjelasan, dokter atau perawat sebaiknya menggunakan bahasa yang mudah dipahami dan dimengerti oleh pasien, dan bila dianggap perlu dapat digunakan istilah-istilah setempat.

Beberapa pesan edukasi IMS yang perlu disampaikan:

- a. Mengobati sendiri cukup berbahaya
- b. IMS umumnya ditularkan melalui hubungan seksual.
- c. IMS adalah ko-faktor atau faktor risiko dalam penularan HIV.
- d. IMS harus diobati secara paripurna dan tuntas.
- e. Kondom dapat melindungi diri dari infeksi IMS dan HIV.
- f. Tidak dikenal adanya pencegahan primer terhadap IMS dengan obat.
- g. Komplikasi IMS dapat membahayakan pasien.

RINCIAN PENJELASAN KEPADA PASIEN IMS

IMS yang diderita dan Pengobatannya

1. menjelaskan kepada pasien tentang IMS yang diderita dan obat yang diperlukan, termasuk nama, dosis, serta cara penggunaannya. Bila perlu dituliskan secara rinci untuk panduan pasien
2. memberitahu tentang efek samping pengobatan
3. menjelaskan tentang komplikasi dan akibat lanjutnya
4. menganjurkan agar pasien mematuhi pengobatan
5. menganjurkan agar tidak mengobati sendiri, harus berobat ke dokter
6. menjelaskan agar pasien tidak melakukan douching

Menilai Tingkat Risiko

1. Perilaku seksual pribadi, tanyakan tentang :
 - a. jumlah pasangan seksual dalam 1 tahun terakhir ?
 - b. hubungan seksual dengan pasangan baru berbeda dalam 3 bulan terakhir?
 - c. pernah menderita IMS lain dalam 1 tahun terakhir ?
 - d. apakah hubungan seksual dilakukan untuk mendapatkan uang, barang atau obat terlarang (baik yang memberi maupun yang menerima)?
 - e. pemakaian napza atau obat lain (sebutkan) sebelum atau selama berhubungan seksual ?
2. Perilaku seksual pasangan, menanyakan apakah pasangan pasien :
 - a. berhubungan seksual dengan orang lain ?
 - b. juga menderita IMS ?
 - c. mengidap HIV?
 - d. penyalah guna Napza suntik ?

e. untuk pria, apakah berhubungan seksual dengan sesama pria?

3. Perilaku yang melindungi pasien :

a. apa yang dilakukan pasien untuk melindungi diri terhadap IMS/ HIV?

b. pemakaian kondom? bilamana dan cara pemakaiannya? Jarang/sering/
selalu digunakan?

c. jenis aktivitas seks aman yang dilakukan pasien ? Seberapa sering?
Dengan siapa dan mengapa ?

4. Menjelaskan pilihan perilaku seksual yang aman

a. Cara ABCD

A = Abstinence (tidak melakukan hubungan seksual untuk sementara waktu)

B = Be faithful (setia pada pasangan)

C = Condom (gunakan kondom bila tidak mau melaksanakan A dan B, termasuk menggunakan kondom sebelum IMS yang dideritanya sembuh)

D = no Drugs Tidak menggunakan obat psikotropik atau zat adiktif lainnya

b. Ada juga cara lain yaitu dengan mengganti hubungan seksual penetratif berisiko tinggi (hubungan seksual anal maupun vaginal yang tidak terlindung) dengan hubungan seksual non-penetratif berisiko rendah).

Perilaku berisiko tinggi adalah perilaku yang menyebabkan seseorang terpapar dengan darah, semen, cairan vagina yang tercemar kuman penyebab IMS atau HIV. Yakinkan pasien bahwa mereka telah terinfeksi melalui hubungan seksual tak terlindung dengan pasangan yang terinfeksi, dan bahwa tidak ada penyebab lainnya.

NOTIFIKASI PASANGAN SEKSUAL

Penatalaksanaan pasangan seksual didasarkan atas diagnosis kasus indeks (baik berdasarkan sindrom atau secara spesifik).

Pasangan seksual pasien IMS yang mungkin menginfeksi atau terinfeksi dianjurkan untuk diobati juga untuk mencegah infeksi berulang. Pasangan seksual wanita dari pasien IMS laki- laki mungkin tampak sehat dan asimtomatik, meskipun sudah terinfeksi. Seseorang yang asimtomatik umumnya tidak akan berobat sehingga mempermudah terjadi komplikasi yang serius. Pemberitahuan kepada pasangan seksual perlu dipertimbangkan dengan hati-hati pada saat diagnosis IMS ditegakkan, terlepas apakah mereka memerlukan penanganan atau tidak.

Pemberitahuan kepada pasangan seksual dapat dilakukan melalui rujukan baik oleh pasien maupun oleh petugas kesehatan. Dalam hal rujukan oleh pasien, maka pasien yang terinfeksi didorong untuk memberitahukan semua pasangan seksualnya tentang kemungkinan terdapat infeksi pada diri mereka masing-masing tanpa keterlibatan langsung petugas kesehatan. Rujukan oleh petugas kesehatan dilakukan oleh petugas kesehatan yang akan memberitahukan pasangan seksual pasien tersebut.

Pasangan seksual harus diberi tahu dengan cara sedemikian rupa, sehingga semua informasi tetap dijaga kerahasiaannya. Proses berjalan secara sukarela tanpa paksaan. Notifikasi bertujuan agar pasangan seksual pasien IMS tetap terjaga kerahasiaannya, termasuk mereka yang tidak memberikan gejala agar dirujuk untuk evaluasi.

Cara pendekatan apa pun yang dilakukan, harus memenuhi prinsip:

1. Partisipasi sukarela, artinya pemberitahuan identitas atau nama pasangan seksual harus dilakukan secara sukarela atas dasar kesadaran sendiri untuk seluruh pelayanan konseling, pemeriksaan, dan rujukan
2. Kerahasiaan, semua nama pasien atau pasangannya hanya digunakan untuk upaya penatalaksanaan pasangan seksual, dan disimpan dalam arsip yang dapat dijamin kerahasiaannya

Agar pasien mau mengajak pasangan seksual berobat, beberapa informasi di bawah ini perlu diberikan kepada pasien:

1. Cara-cara penularan IMS termasuk HIV
2. Proses perjalanan penyakit
3. Kemungkinan pasangan seksual sudah tertular tetapi tidak menunjukkan gejala apapun.
4. Kemungkinan terjadi infeksi ulang jika pasangan tidak diobati dengan tepat.
5. Komplikasi dapat terjadi bila pasangan seksual tidak diobati dengan tepat.
6. Menggugah pasien dan pasangan seksualnya agar mau mengubah perilaku yang berisiko menjadi tidak berisiko.
7. Berbagai tempat yang dapat memberikan pelayanan pengobatan, konseling dan testing dan bilamana perlu mengenai informasi biaya yang diperlukan.
8. Rujukan kepada kelompok-kelompok pendukung serta fasilitas pemeriksaan HIV dan fasilitas medis lainnya.

Strategi pengobatan pasangan seksual

1. Tawarkan pengobatan langsung setelah pemeriksaan dan tes laboratorium.
2. Pengobatan ditunda sampai diperoleh hasil tes laboratorium.
3. Tawarkan pengobatan melalui pasien berdasarkan diagnosis pasien tanpa melakukan pemeriksaan dan tes laboratorium pada pasangannya.

Strategi yang dipilih, bergantung pada:

1. Faktor risiko infeksi
2. Tingkat keparahan penyakit
3. Efektivitas tes diagnostik yang tersedia
4. Kemungkinan seseorang berobat ulang untuk tindak lanjut penyakit

5. Ketersediaan obat yang efektif
6. Kemungkinan penyebaran penyakit bila tidak segera dilakukan pengobatan
7. Ketersediaan infrastruktur untuk penatalaksanaan tindak lanjut pasien.

Referensi:

Engender Health. *Comprehensive the Post Abortion Client : A Training Curriculum*. New York: Ender Health, 2003.

Keer, Peter. *Prevention HIV / AIDS Counseling Module*. 1992

Prodi DIII Kebidanan. Modul Pembelajaran dan Praktikum Konseling Kesehatan Reproduksi. Politeknik Kesehatan Kemenkes Gorontalo. Gorontalo, 2013

Kemenkes RI. Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual. Jakarta, 2016

BIODATA PENULIS



Ratu Matahari, S.K.M., M.A., M.Kes

Lahir di Magetan tahun 1986. Adalah staff pengajar di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan, Yogyakarta. Menyelesaikan pendidikan sarjana tahun 2009 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro kemudian menyelesaikan program *double degree* untuk pendidikan magister di Mahidol University Thailand tahun 2012 dan Universitas Diponegoro tahun 2013.



Fitriana Putri Utami, S.K.M., M.Kes

Lahir di Semarang pada tahun 1991. Merupakan staff pengajar di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan, Yogyakarta. Meraih gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada tahun 2013 dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro. Memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada tahun 2015 dari Magister Promosi Kesehatan dengan konsentrasi Kesehatan Reproduksi dan HIV/AIDS Universitas Diponegoro.