

Wanita 38 Tahun G3P2A0 Dengan HIV/AIDS dan TB Paru

Fenny Harrika^{1*}, Salmiah Salmiah², Mawaddah Fitria³

^{1,3}Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh, Indonesia

²Bagian Ilmu Penyakit Dalam, Rumah Sakit Umum Daerah Cut Mutia, Aceh Utara,
Aceh, Indonesia

Alamat: Jl. H.Meunasah, Utenkot Cunda, Lhokseumawe, Aceh, Indonesia

Korespondensi penulis: fenny180610059@mhsunimal.ac.id*

Abstract. Human Immunodeficiency Virus (HIV) is a virus that weakens the immune system. HIV in pregnant women is one of the major health problems that is of concern throughout the world. In this case report, a patient aged 38 years G3P2A0, gestational age 37-40 weeks with complaints of coughing, shortness of breath, weight loss, burning sensation in the mouth in the form of white lesions that almost fill the entire oral cavity. The patient has a history of glandular TB and has received treatment for 6 months in the past 2 years. On the physical examination of the patient, the general condition of the patient was found to be seriously ill, composure of consciousness, blood pressure 100/70 mmHg, pulse rate: 78x/I, respiratory rate: 20x/I, temperature: 36.8°C, SpO₂: 98%, body weight 40 kg and height 157 cm. On examination of the general status of the skin, a reddish rash in the form of small vesicles was found on the right and left arms, back, neck and head. In the mouth and throat, white spots were found in the oral cavity, from the sides of the tongue to the throat. Laboratory investigations showed decreased hemoglobin levels, electrolyte imbalance, hypoalbumin. Serological examination revealed HIV (+) reactivity. Investigation of a PA chest photo showed infiltrate spots at the apex of the left medial lobe. Patients diagnosed with Std IV HIV + oesophageal candidiasis + pulmonary TB + hypoalbuminemia + anemia were given non-pharmacological and pharmacological treatments.

Keywords: HIV, Pulmonary TB, Pregnant Women

Abstrak. Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh. HIV pada ibu hamil merupakan salah satu masalah besar dalam kesehatan yang menjadi perhatian di seluruh dunia. Pada laporan kasus ini pasien berusia 38 tahun G3P2A0 usia gestasi 37-40 minggu dengan keluhan batuk, sesak napas, penurunan berat badan, rasa perih dimulut yang berupa lesi putih yang hampir memenuhi seluruh rongga mulut. Pasien memiliki riwayat TB kelenjar dan sudah mendapatkan pengobatan selama 6 bulan pada 2 tahun yang lalu. Pada pemeriksaan fisik pasien didapatkan keadaan umum sakit berat, kesadaran komposmentis, tekanan darah 100/70 mmhg, frekuensi nadi: 78x/I, frekuensi nafas: 20x/I, suhu : 36,8°C, SpO₂ : 98%, Berat badan 40 kg dan tinggi badan 157 cm. Pada pemeriksaan status generalis kulit didapatkan ruam kemerahan berbentuk vesikel kecil dibagian lengan kanan dan kiri, punggung, leher dan kepala. Pada mulut dan tenggorokan didapatkan bercak putih dirongga mulut, sisi lidah hingga ke tenggorokan. Pemeriksaan penunjang laboratorium didapatkan penurunan kadar hemoglobin, imbalance elektrolit, hypoalbumin. Pada pemeriksaan serologi didapatkan HIV (+) reaktif. Pemeriksaan penunjang foto thorax PA didapatkan bercak infiltrat dibagian apex lobus media sinistra. Pada pasien didiagnosis HIV Std IV + Candidiasis oesophageal + TB paru + hypoalbuminemia + anemia dan diberikan tatalaksana nonfarmakologi dan tatalaksana farmakologi

Kata kunci: HIV, TB Paru , Ibu Hamil

1. PENDAHULUAN

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh. Virus yang menginfeksi sel-sel sistem kekebalan tubuh dapat merusak atau menghancurkan fungsi dari sel yang mempunyai antigen permukaan CD4, terutama limfosit T yang mengatur dan mempertahankan sistem kekebalan tubuh (1). HIV dapat menular melalui cairan genital (cairan sperma dan cairan vagina pengidap HIV), kontaminasi darah atau

jaringan (penularan HIV bisa terjadi melalui transfusi darah, transplantasi organ, pemakaian jarum suntik bersama), dan melalui perinatal (penularan darah ibu ke janin) (1).

Ada banyak faktor risiko yang dapat meningkatkan terjadinya infeksi HIV. Faktor utama adalah faktor perilaku seksual bebas. Faktor perilaku seksual yang dimaksud adalah berganti-ganti pasangan dan tidak memakai alat pelindung seperti kondom sehingga dapat meningkatkan risiko terinfeksi HIV. Sedangkan faktor lainnya adalah riwayat penyakit infeksi menular seksual yang pernah diderita sebelum terinfeksi HIV dan penularan secara parenteral sebagai contohnya berupa pemakaian narkotika dan obat-obatan terlarang (narkoba) melalui suntikan (2)

Menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO atau World Health Organisation), pada tahun 2017 terdapat 36,9 juta penduduk di dunia terinfeksi HIV, Afrika menjadi Negara terinfeksi HIV terbanyak dengan jumlah 25,7 juta penduduk hidup dengan HIV, sedangkan diurutkan kedua terbanyak terinfeksi HIV yaitu Asia Tenggara dengan jumlah 3,5 juta (3). Berdasarkan data Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2017, jumlah infeksi HIV yang dilaporkan di Indonesia pada tahun 1987 sampai dengan Maret 2017 sebanyak 242.699 dengan jumlah infeksi HIV tertinggi terdapat di DKI Jakarta sebanyak 46.758. Sedangkan untuk kasus baru HIV di Indonesia pada tahun 2017 terdapat 33.360 orang. Berdasarkan Laporan Situasi Perkembangan HIV/AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) di Indonesia tahun 2017, jumlah infeksi HIV yang dilaporkan Provinsi Sumatera Selatan sampai dengan Maret 2017 sebanyak 2.433 (4).

HIV pada ibu hamil merupakan salah satu masalah besar dalam kesehatan yang menjadi perhatian di seluruh dunia. Sebagian besar ibu hamil dengan HIV tidak menyadari bahwa mereka terinfeksi virus HIV. Pada HIV dalam kehamilan, transmisi HIV dari ibu ke janin dapat terjadi melalui intrauterine (5-10%) transfusi mikro HIV trans-plasental dari sirkulasi ibu ke sirkulasi bayi, saat persalinan (10- 20%) bayi menelan darah dan sekret maternal HIV, dan pascapersalinan (5- 20%) HIV pada bayi melalui pemberian Air Susu Ibu (ASI). Kelainan yang dapat terjadi pada janin adalah berat badan lahir rendah, bayi lahir mati, partus preterm, dan abortus spontan. Ibu hamil yang terinfeksi HIV sangat berpotensi terjadi infeksi ulang, viremia dan Infeksi Menular Seksual (IMS) yang dapat meningkatkan risiko transmisi HIV baik vertikal dan horizontal (1).

Kasus

Seorang pasien berusia 38 tahun G3P2A0 usia gestasi 37-40 minggu dengan keluhan batuk kering sejak 6 bulan yang lalu. Pasien juga mengeluh sesak napas yang hilang timbul dan memberat dalam 2 hari yang lalu. Sesak napas yang dirasakan di picu oleh batuk dan saat beraktivitas serta berkurang saat duduk dan istirahat. Pasien mengalami penurunan berat badan dalam beberapa bulan terakhir selama hamil sementara nafsu makan pasien tidak mengalami penurunan. Pasien juga mengeluh rasa perih pada mulut sejak 1 minggu yang lalu dan memberat pada beberapa hari dirawat. Keluhan tersebut berupa lesi putih yang hampir memenuhi seluruh rongga mulut dan membuat pasien sulit untuk menelan sehingga pasien susah untuk makan dan minum.

Pasien memiliki riwayat TB kelenjar dan sudah mendapatkan pengobatan selama 6 bulan pada 2 tahun yang lalu.

Pada pemeriksaan fisik pasien didapatkan keadaan umum sakit berat, kesadaran komposmentis, tekanan darah 100/70 mmhg, frekuensi nadi:78x/I, frekuensi nafas: 20x/I, suhu :36,8°C, SpO2 : 98%, Berat badan 40 kg dan tinggi badan 157 cm. Pada pemeriksaan status generalis kulit didapatkan ruam kemerahan berbentuk vesikel kecil dibagian lengan kanan dan kiri, punggung, leher dan kepala. Pada mulut dan tenggorokan didapatkan bercak putih dirongga mulut, sisi lidah hingga ke tenggorokan.

Pada pemeriksaan penunjang laboratorium didapatkan penurunan kadar hemoglobin, imbalance elektrolit, hipoalbumin. Pada pemeriksaan serologi didapatkan HIV (+) reaktif Pada pemeriksaan penunjang foto thorax PA didapatkan bercak infiltrat dibagian apex lobus media sinistra.

Pada pasien didiagnosis HIV Std IV + Candidiasis oesophageal+ TB paru+ hipoalbuminemia + anemia dan diberikan tatalaksana nonfarmakologi berupa diet MB TKTP, Tirah Baring, Oksigen 5 l/I dan PRC 300 ml. Tatalaksana farmakologi yaitu iv. ceftriaxone 1 gr vial/12 jam, iv. dexamethasone amp/12 jam, iv. ranitidine amp / 12 jam, N-acetil sistein 2x1, Cetirizine 1x10 mg, Curcuma 1x20 mg, OAT FDC 1 x 3 dan ARV TLE 1x1 serta nystatin drop 3 x 1.

2. PEMBAHASAN

HIV (Human Immunodeficiency Virus) adalah virus yang menyerang dan menghancurkan imunitas tubuh manusia, khususnya pada sel darah putih yang disebut sebagai sel CD4. Serangan virus HIV yang serius menyebabkan AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome). Apabila pengidap HIV tidak mendapatkan perawatan yang sesuai, penyakit

tersebut akan berkembang menjadi AIDS pada fase terparah. HIV sendiri dapat ditularkan melalui cairan tubuh. Termasuk darah, air mani, cairan vagina, dan air susu ibu yang terinfeksi HIV melalui beberapa kegiatan berisiko tertentu. Mulai dari hubungan seksual tidak sehat tanpa kondom, penggunaan alat medis seperti jarum suntik yang tidak steril, transfusi darah, hingga kehamilan, persalinan, dan menyusui (5). Gejala HIV dibagi dalam beberapa tahap. Tahap pertama adalah tahap infeksi akut, dan terjadi pada beberapa bulan pertama setelah seseorang terinfeksi HIV. Pada tahap ini sistem kekebalan tubuh orang yang terinfeksi membentuk antibodi untuk melawan virus HIV. Pada banyak kasus, gejala pada tahap ini muncul 1-2 bulan setelah infeksi terjadi. Penderita umumnya tidak menyadari telah terinfeksi HIV. Hal ini karena gejala yang muncul mirip dengan gejala penyakit flu, serta dapat hilang dan kambuh kembali. Perlu diketahui, pada tahap ini jumlah virus di aliran darah cukup tinggi. Oleh karena itu, penyebaran infeksi lebih mudah terjadi pada tahap ini (6). Setelah beberapa bulan, infeksi HIV memasuki tahap laten. Infeksi tahap laten dapat berlangsung hingga beberapa tahun atau decade. Pada tahap ini, virus HIV semakin berkembang dan merusak kekebalan tubuh. Gejala infeksi HIV pada tahap laten bervariasi. Beberapa penderita tidak merasakan gejala apapun pada tahap ini. Infeksi tahap laten yang terlambat ditangani, akan membuat virus HIV semakin berkembang. Kondisi ini membuat infeksi HIV memasuki tahap ketiga, yaitu AIDS. Ketika penderita memasuki tahap ini, sistem kekebalan tubuh sudah rusak parah, terserang infeksi lain (6).

Tabel : Stage pada HIV/AIDS menurut WHO

	Stadium 1 Asimtomatik	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 wasting HIV
Gejala	Tidak ada gejala atau hanya : • Limfadenopati generalisata persisten	• Luka di sekitar bibir (keilitis angularis) • Ruam kulit yang gatal (seboroiik 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 nekrotik akut	• Pneumonia pnemosistis • TB ekstra-paru • Abses otak toksoplasmosis • Meningitis kriptokokus • Ensefalopati HIV • Gangguan fungsi neurologis dan tidak oleh penyebab lain, sering kali membaik dengan ART

Sumber: 1 Pedoman Penerapan Pelayanan komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012

Berdasarkan gejala yang didapati pada pasien berupa penurunan berat badan, kandidiasis oral dan TB paru, awalnya pasien ditetapkan sebagai HIV pada stage 3, namun pada beberapa hari pemeriksaan dijumpai adanya esophageal kandidiasis sehingga pasien diketahui sudah mencapai stage 4. Penegakan diagnosis HIV/AIDS pada pasien juga didukung oleh pemeriksaan serologi HIV yang menunjukkan hasil reaktif. Pasien diketahui sedang hamil

G3P2A0 sehingga kondisi HIV/AIDS yang dialami oleh pasien merupakan salah satu penyulit persalinan. Hal ini dikarenakan besar kemungkinan penyakit tersebut akan ditularkan pada bayi.

Tabel : Risiko Penularan HIV dari Ibu ke Bayi (6)

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

sumber 2 Pedoman Penerapan Pelayanan komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012

Karena risiko penularan tersebut, hal-hal berikut perlu diperhatikan dalam memberikan pertolongan persalinan yang optimal pada ibu dengan HIV yaitu : 1. Pelaksanaan persalinan, baik melalui seksio sesarea maupun per vaginam, perlu memperhatikan kondisi fisik ibu dan indikasi obstetrik. 2. Ibu hamil dengan HIV harus mendapatkan informasi sehubungan dengan keputusannya untuk menjalani persalinan per vaginam ataupun melalui seksio sesarea. 3. Tindakan menolong persalinan ibu dengan HIV, baik per vaginam maupun seksio sesarea harus memperhatikan kewaspadaan umum yang berlaku untuk semua persalinan. Pada pasien diketahui bahwa terdeteksinya HIV pada saat pasien sudah mencapai usia kehamilan Aterm, sehingga ketika pasien dibawa ke IGD PONEK RS Cut Meutia, pasien memutuskan untuk melahirkan secara pervaginam. Untuk ibu hamil yang status HIVnya diketahui dalam persalinan, segera diberikan ARV. Pilihan paduan obat ARV yang diberikan sama dengan ibu hamil dengan HIV lainnya (6).

No	Kondisi	Rekomendasi pengobatan
1	• ODHA hamil, segera terapi ARV • ODHA datang pada masa persalinan dan belum mendapat terapi ARV, lakukan tes, bila hasil reaktif berikan ARV	• TDF(300mg) + 3TC (300mg) + EFV (600mg) Alternatif: • AZT (2x300mg) + 3TC (2x150mg) + NVP (1x200mg) setelah 2 minggu 2x200mg • TDF (1x300mg) + 3TC (atau FTC) (2x150mg) + NVP (2x200mg) • AZT (2x300mg) + 3TC (2x150mg) + EFV (1x600mg)
2	ODHA sedang menggunakan ARV dan kemudian hamil	• Lanjutkan dengan ARV yang sama selama dan sesudah persalinan
3	ODHA hamil dengan hepatitis B yang memerlukan terapi	• TDF (1x300mg) + 3TC (atau FTC) (1x300mg) + EFV (1x600mg) atau • TDF (1x300mg) + 3TC (atau FTC) (2x150mg) + NVP (2x200mg)
4	ODHA hamil dengan tuberkulosis aktif	• Bila OAT sudah diberikan, maka dilanjutkan. Bila belum diberikan, maka OAT diberikan terlebih dahulu sebelum pemberian ARV. • Rejimen untuk ibu bila OAT sudah diberikan dan tuberkulosis telah stabil: TDF + 3TC + EFV

Keterangan: AZT/ZDV: zidovudin; 3TC: lamivudin; FTC: emtricitabin; NVP: nevirapin; EFV: efavirenz; TDF: tenofovir

sumber 3 Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pelaksanaan Pencegahan Penularan HIV/AIDS dan Sifilis dari Ibu ke Anak. Vol. 4, 2013. 88-100

Semua bayi lahir dari ibu dengan HIV, baik yang diberi ASI eksklusif maupun susu formula, harus diberi zidovudin sejak hari pertama (umur 12 jam), selama enam minggu. Dosis zidovudin/AZT sebagai berikut (6) : 1. Bayi cukup bulan: 4 mg/kg BB/12 jam selama enam minggu. 2. Bayi prematur < 30 minggu: 2 mg/kg BB tiap 12 jam selama empat minggu, kemudian 2 mg/kg BB tiap delapan jam selama dua minggu. 3. Bayi prematur 30-35 minggu: 2 mg/kg BB tiap 12 jam selama dua minggu pertama, kemudian 2 mg/kg BB tiap delapan jam selama dua minggu diikuti 4 mg/kg BB/12 jam selama dua minggu. Bila pada minggu keenam,

bila diagnosis HIV belum dapat disingkirkan, maka diperlukan pemberian kotrimoksazol profilaksis sampai usia 12 bulan atau sampai dinyatakan HIV negative / non-reaktif.

Jika ibu tidak menyusui anaknya, risiko penularan HIV meningkat menjadi 20 hingga 30 persen; namun, jika ibu menerima obat antiretroviral, risiko ini akan menurun (ARV). Jika ibu tidak menyusui secara eksklusif, ada kemungkinan 5–15% dia dapat menularkan HIV, tetapi jika dia menggunakan ARV jangka pendek, ada kemungkinan 15–25% dia akan menularkan HIV. Dengan terapi antiretroviral jangka panjang, risiko penularan HIV dari ibu ke anak dapat dikurangi sekali lagi sebesar 1% hingga 5%. Risiko penularan HIV ke anak adalah sama bagi ibu yang menyusui anak secara eksklusif dengan ibu yang tidak. Jika Anda memiliki layanan PPIA yang dapat dipercaya, Anda dapat mengurangi tingkat transmisi hingga kurang dari 2% (7).

Dua elemen utama dari strategi untuk menghindari penularan vertikal HIV dari ibu hamil ke anak mereka yang belum lahir selama periode prenatal adalah pengobatan antiretroviral (ARV) dan pengurangan faktor risiko. Dalam rangka perawatan prenatal, tujuannya adalah untuk menjaga kesehatan dan status gizi ibu serta dirinya sendiri, untuk mempertahankan viral load pada tingkat di bawah ambang deteksi (8).

Diagnosis tepat waktu infeksi HIV selama kehamilan adalah penting untuk mencegah mother to child HIV transmission (MTCT). Ibu yang terinfeksi HIV dapat melahirkan bayi HIV negatif dengan bantuan tim multidisiplin yang terdiri dari spesialis perinatologi, penyakit menular, dan pediatric. Identifikasi dini dan pengobatan semua wanita hamil dengan HIV adalah cara terbaik untuk mencegah infeksi neonatal dan juga meningkatkan kesehatan wanita (9).

Dengan menawarkan layanan persalinan yang aman kepada ibu hamil HIV-positif, sangat penting untuk mencegah penularan HIV dari ibu hamil HIV-positif kepada anak-anak mereka yang belum lahir. Hal ini dilakukan dalam upaya untuk menghentikan ibu hamil HIV-positif dari menularkan virus kepada anak-anak mereka yang belum lahir (10).

Pengobatan antiretroviral, juga disebut sebagai ARV atau HAART (Highly Active Antiviral Therapy), adalah penggunaan obat antiretroviral jangka panjang (seumur hidup) untuk mengobati ibu hamil HIV positif dan mencegah penularan HIV dari ibu ke anak di PMTCT (Pencegahan Ibu ke Penularan Anak - PPIA = Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak). Pengobatan antiretroviral yang sangat aktif dikenal sebagai HAART. Profilaksis Prapajanan, sering dikenal sebagai PrPP berbasis ARV oral, adalah salah satu metode yang disarankan WHO. Regimen profilaksis pra pajanan (PrEP) yang direkomendasikan terdiri dari 3TC (lamivudine) atau FTC selain TDF (tenofovir disoproxil fumarate) (emtricitabine). Secara

umum ditetapkan bahwa PrPP dapat ditoleransi dengan baik, memiliki sedikit efek samping, dan tidak meningkatkan risiko cacat lahir pada bayi (11).

Pasien juga mengeluhkan adanya batuk yang berkepanjangan serta gejala lainnya seperti demam dan sesak napas. Orang yang mengidap HIV diketahui lebih mudah terkena infeksi oportunistik lainnya karena kondisi imun tubuh yang melemah. Salah satu infeksi tersebut adalah TB Paru. Peradangan yang dipicu oleh masuknya kuman TB menyebabkan terjadinya akumulasi sekret di jalan napas sehingga menimbulkan respon batuk, selain itu sekret di jalan napas menghalangi proses difusi oksigenasi yang membuat tubuh akan mengkompensasi dengan meningkatkan gerakan pernapasan sehingga terjadilah sesak napas yang lama-lama menyebabkan kelelahan dan tubuh terasa lemas. Reaksi inflamasi juga akan memicu dihasilkannya prostaglandin yang akan mengubah set point di hipotalamus sehingga suhu tubuh naik dan menjadi demam (12).

Penegakan TB dapat dikonfirmasi melalui pemeriksaan bakteriologis maupun secara klinis. Pasien TB yang terkonfirmasi bakteriologis adalah pasien TB yang terbukti positif bakteriologi pada hasil pemeriksaan (contoh uji bakteriologi adalah sputum, cairan tubuh dan jaringan) melalui pemeriksaan mikroskopis langsung, TCM TB, atau biakan. Sedangkan Pasien TB terdiagnosis secara klinis adalah pasien yang tidak memenuhi kriteria terdiagnosis secara bakteriologis tetapi didiagnosis sebagai pasien TB aktif oleh dokter, dan diputuskan untuk diberikan pengobatan TB. Termasuk dalam kelompok pasien ini salah satunya adalah pasien TB paru BTA negatif dengan hasil pemeriksaan foto toraks mendukung TB (13).

Pengobatan TB selama kehamilan umumnya tergolong aman karena jenis obat dan dosisnya telah disesuaikan agar tidak membahayakan janin dan kandungan. Sejauh ini, efek samping obat TB pada kehamilan jarang ditemukan. Justru, pengobatan TB saat hamil memberikan manfaat yang lebih banyak daripada efek sampingnya. Pengobatan TB aktif pada ibu hamil hampir sama dengan pasien biasa. Pengobatan dibagi menjadi fase intensif selama 2 bulan dan fase lanjutan selama 4–6 bulan. Obat-obatan yang diminum antara lain adalah isoniazid, rifampisin, dan pyrazinamide. Di fase intensif, ibu hamil perlu minum obat setiap hari. Sementara di fase lanjutan, pasien hanya perlu minum obat 2 kali seminggu. Namun di fase apa pun, jadwal minum obat tidak boleh dilewatkan sekali pun, meski pasien sudah merasa sembuh (14,15).

Terapi yang diberikan kepada pasien meliputi terapi farmakologi dan non farmakologi. Pada terapi farmakologi pasien mendapatkan terapi kausatif seperti ARV dan OAT serta beberapa obat-obat lainnya untuk menangani keluhan secara simptomatis. Pasien juga diterapi secara non farmakologi berupa diet makanan TKTP untuk menunjang nutrisi yang cukup.

3. KESIMPULAN

Telah dilaporkan kasus pada pasien perempuan usia 38 tahun dengan keluhan batuk sejak 6 bulan yang lalu, pasien juga mengeluh sesah napas, penurunan berat badan dan bercak putih pada mulut. Pasien sedang hamil dengan usia gestasi 37-40. Sebelumnya pasien di rawat di RS Muyang Kute dengan kecurigaan HIV/AIDS. Kemudian pasien dirujuk ke RS Cut Meutia dan setelah dilakukan pemeriksaan serologis HIV menunjukkan hasil reaktif. Pasien juga didiagnosis menderita TB Paru yang diduga kuat merupakan bagian dari infeksi oportunistik akibat HIV/AIDS. Pasien kemudian melahirkan secara pervaginam. Dari pemeriksaan fisik kesadaran composmentis dengan TD : 110/60 mmHg, HR : 111 x/i, RR : 21 x/I, T: 36 0C, dan SPO2 : 99%. Bentuk dada normal, tidak ada pelebaran sela iga, suara napas vesikuler (+/+), suara napas tambahan ronki (+/+), wheezing (-/-). Pada pemeriksaan penunjang laboratorium didapati kesan anemia dan hipoalbumin. Pada pemeriksaan foto thorax didapati kesan gambaran TB paru namun pada pemeriksaan TCM menunjukkan hasil tidak terdeteksi. Pasien kemudian didiagnosis sebagai post partum dengan Z.21 stage 4 + Oesophageal Candidiasis dan TB Paru. Terapi ARV dan OAT serta terapi suportif lainnya telah diberikan untuk pasien.

DAFTAR REFERENSI

- Depkes, R. (2006). Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.
- İnkaya, A. C., et al. (2020). Perinatal outcomes of twenty-five human immunodeficiency virus-infected pregnant women: Hacettepe university experience. *Journal of the Turkish German Gynecology Association*, 21(3), 180–186. <https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2019.0033>
- Kemenkes RI. (2016). Buku petunjuk TB-HIV untuk Petugas.
- Kemenkes RI. (2020). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Tuberkulosis.
- Kemenkes, R. (2019). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana HIV.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). Pedoman Pelaksanaan Pencegahan Penularan HIV/AIDS dan Sifilis dari Ibu ke Anak (Vol. 4, pp. 88–100).
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). Stop HIV/AIDS (pp. 11–13).
- Kusumaadhi, Z. M., Farhanah, N., & Sofro, M. A. U. (2021). Risk factors for mortality among HIV/AIDS patients. *Diponegoro International Medical Journal*, 2(1), 20-19.
- Menawati, L. T. (2018). Aspek klinis dan tatalaksana bayi dengan ibu penderita HIV/AIDS. *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika*.

- Miranzi, S., Scatena, L., Miranzi, A., Neto, A., Camargo, F., & Nunes, A. (2018). HIV/AIDS case definition criteria and association between sociodemographic and clinical aspects of the disease reported in the State of Minas Gerais from 2007 to 2016. *Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 51, 427–435.
- Prevention HIV. (2019). Prevention HIV and its transmission. (July).
- S. (2019). SURVEILLANCE REPORT: HIV infection and AIDS Annual Epidemiological Report for 2017. (February).
- Suhaimi, D., & Savira, M. (2015). Pencegahan dan penatalaksanaan infeksi HIV/AIDS pada kehamilan. *Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Riau/Rumah Sakit Arifin Ahmad Pekanbaru*.
- World Health Organization. (2022). Tuberculosis. Retrieved July 4, 2022, from <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/tubercu>
- Yusuf, A., & Sari, M. I. (2018). Penatalaksanaan kehamilan dengan tuberkulosis paru. *J Agromedicine Unila*, 5(2), 622–626.