

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Wanita merupakan salah satu kelompok dalam masyarakat yang angka insidensi infeksiya meningkat sangat cepat. Dilaporkan bahwa dari 100.000 kasus penderita AIDS pertama terdapat 9% wanita ; sedang pada 100.000 kasus penderita AIDS berikutnya terdapat 12% wanita (Newman & Martens, 1997). Kejadian infeksi HIV pada wanita hamil pada tiap negara bervariasi di negara-negara belahan utara Eropa jumlahnya sekitar 0,01%, di negara-negara Karibia sekitar 10% dan di beberapa negara Afrika Selatan mencapai 40%. Pada tahun 1996 PBB melaporkan bahwa hampir seluruhnya dari kasus infeksi HIV yang baru terjadi pada kaum wanita. WHO melaporkan pada tahun 1996 sebanyak 3,1 juta orang yang baru terinfeksi HIV dan sepanjang tahun itu sekitar 3.750 wanita terinfeksi HIV setiap hari (Anonim, 1998,a). Pada tahun 2000, WHO memproyeksikan bahwa 10-15 juta anak menjadi yatim karena infeksi HIV yang menjangkiti orangtua mereka dan akan beresiko HIV pada diri mereka sendiri (Anderson, 1995).

Menurut CDC (*Centre for Disease Control and Prevention*) penyebab terjadinya infeksi HIV pada wanita, secara berurutan dari yang terbesar adalah sebagai berikut: pengguna obat injeksi terlarang 51%, wanita heteroseksual 34%, transfusi darah 8%, dan tidak diketahui, sebanyak 7%. Sekitar 85% dari wanita yang menderita AIDS tersebut berada dalam usia subur antara 15-44 tahun (CDC, 1995).

risiko untuk menularkan HIV pada anak selama kehamilan, persalinan dan melalui ASI (Newman & Martens, 1997).

Kasus HIV di Indonesia, sampai akhir Oktober 1998, 776 kasus infeksi HIV dilaporkan terjadi di Indonesia. Rinciannya adalah sebagai berikut :

- (a). pria : 64% ; wanita : 33% ; tidak diketahui : 3%
- (b). WNI : 73% ; WNA : 25% ; tidak diketahui : 2%
- (c). heteroseksual : 72% ; homo/biseksual : 13% ; pecandu obat bius : 1% ; ibu ke bayi 1% ; transfusi darah dan hemofilia : <1% ; tidak diketahui 13%
- (d). usia 0-14 tahun : <1% ; 15-19 tahun : 5% ; 20-29 tahun : 47% ; 30-39 tahun : 28% ; 49-59 tahun : 10% ; >49 tahun : 2% ; tidak diketahui 7%
- (e). DKI : 31% ; Irian Jaya : 26% ; Riau : 9% ; Bali : 6% ; Jatim : 6% ; Sumsel : 4% ; Sumut : 3% Jabar : 3% ; lain-lain : 13 %
- (f). Sebanyak 221 (28%) dilaporkan mencapai fase AIDS, 50%nya (111) telah meninggal (Anonim, 1998,b)

B. Tinjauan Pustaka

1. Batas Pengertian HIV/AIDS

AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome* yaitu menurunnya daya tahan tubuh terhadap berbagai penyakit karena adanya infeksi virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Apakah virus itu ? Virus adalah gumpalan gen yang diselaputi oleh lapisan protein, yang membawa perintah untuk memperbanyak diri tetapi tidak memiliki...

virus tidak benar-benar hidup karena tidak dapat mereproduksi diri. Dan harus menyerang sel hidup agar dapat berkembangbiak. Ciri khas dari virus AIDS adalah bahwa ia melekatkan diri pada sejenis sel yang disebut sel T-helper (juga disebut sel T4). Sel ini adalah bagian dari pertahanan utama sistem kekebalan tubuh dalam melawan penyakit, dan virus AIDS menyerang serta menghancurkannya. Sel-sel ini disebut "sel-sel T" karena sel-sel tersebut diproduksi oleh kelenjar Tymus. Virus AIDS akan melekatkan diri pada sel-sel jenis lainnya, termasuk makrofag dan monosit (*monocytes*) yang berasal dari bagian sistem kekebalan tubuh yang lain (Gunawan, 1994).

2. Pengaruh Infeksi HIV Terhadap Sistem Imun

Infeksi HIV dapat menyebabkan lisis pada sel T helper (Th) atau CD4⁺, sehingga secara fungsional Th ini tidak aktif. Selain itu, HIV secara efektif menginfeksi sel Th dan beberapa tipe sel lain dalam imun (sel B, makrofag) dan sel syaraf. Ketika virus bereproduksi, Th yang terinfeksi menjadi rusak. Konsekuensinya, OHIDA (orang hidup dengan AIDS) mempunyai jumlah limfosit CD4⁺ yang rendah. Akhirnya beberapa sel Th tidak mampu melaksanakan fungsi regulasinya dan kemudian terjadi defisiensi imun. Pada penderita AIDS tidak hanya kehabisan sel Th, tetapi HIV mungkin dapat mencegah fungsi sel Th sebagaimana mestinya. Hal ini terjadi karena sel Th yang mestinya digunakan untuk inisiasi respon imun untuk melawan virus justru diinaktivasi oleh virus tersebut. Sel tersebut tidak dapat melakukan fungsi normalnya.

inisiasi respon imun terhadap Ag, sehingga tidak bisa mengeliminasi dari tubuh. Hal ini terjadi karena selain sel Th berperan sebagai kunci dalam regulasi respon imun, ia juga berperan sebagai pengirim sinyal kimia yang menstimulasi produksi antibodi (Ab) dan perangsang pematangan beberapa tipe sel lain pada sistem imun.

Hilangnya imunitas tubuh, secara selektif berpengaruh terhadap perusakan sistem imun, termasuk perlawanan terhadap parasit, virus, dan organisme jamur. Dengan demikian, pada OHIDA akan berkembang menjadi infeksi yang luar biasa menimbulkan penyakit infeksi kompleks (Moeloek, 1997).

3. Transmisi Virus HIV

Beberapa kasus AIDS terutama dilakukan oleh kontak seksual. Kontak antara teman karib, termasuk transfer darah/semem dari satu orang ke orang lain, dapat menyebarkan virus. Tidak seperti virus yang menyebabkan cacar, virus HIV tidak ditransmisikan melalui udara, insekta, makanan dan air, tetapi biasanya melalui :

a. Hubungan seksual

HIV bisa ditransmisikan selama hubungan seksual, baik antara laki-laki dengan laki-laki maupun antara laki-laki dengan perempuan. Lebih dari 70% kasus AIDS di AS dan Eropa ditularkan dan menjangkit orang homoseks atau laki-laki biseksual. Sedang transmisi yang disebabkan oleh hubungan heteroseksual

lebih rendah. Hal ini disebabkan oleh perbedaan anatomi dan fisiologi antara laki-laki dan perempuan.

pada pasangan yang terinfeksi, wanita yang diinseminasi dari donor sperma yang terinfeksi, WTS, dan lain-lain. Akan tetapi, di Thailand, penyebaran virus HIV secara heteroseksual merupakan hal yang paling membahayakan selama lima tahun terakhir. Resiko transmisi HIV selama melakukan hubungan seksual adalah 31-56 kali lebih tinggi dibandingkan di AS. Hal ini disebabkan oleh adanya perbedaan dalam perilaku seksual, suseptibilitas genetik terhadap virus, dan karakteristik virus itu sendiri yang berbeda. Selain itu, efisiensi transmisi seksual dipengaruhi oleh sejumlah faktor, termasuk tipe kontrasepsi, hubungan seks anal, seks selama haid, penyakit- penyakit yang ditransmisikan secara seksual, kelainan anatomi pada traktus reproduksi, dan lain-lain. Diantara praktek seksual, hubungan anal dengan pasangan yang terinfeksi berperan penting dalam penularan. Lapisan mukosa rektum bersifat sangat lembek dan dengan mudah sobek/lesi selama hubungan anal. Hal ini memungkinkan virus dalam semen masuk ke dalam jaringan dan aliran darah, sehingga menginduksi sel limfosit. Virus juga ditransmisikan selama hubungan vaginal. Oleh karena itu baik pasangan pria maupun wanita dapat terinfeksi dengan cara ini. Namun demikian, beberapa penyakit yang ditransmisikan secara seksual lebih mudah ditransmisikan dari pria ke wanita dibandingkan dengan dari wanita ke pria. Secara teoritis, cara terbaik untuk menghindari transmisi seksual adalah menghindari hubungan seks dengan orang berisiko

b. Transfusi darah

Lebih dari 2% kasus AIDS di AS dan kira-kira 5% di Eropa diakibatkan oleh transfusi darah. Transmisi virus melalui transfusi darah tampaknya merupakan resiko besar pada bayi dari pada orang lain. Hal ini terbukti pada bayi di AS yang menerima transfusi (kurang dari 2%), 10% di antaranya terinfeksi HIV. Hal ini dapat terjadi karena sistem imun bayi yang belum matang. Tidak semua komponen darah mentransmisikan virus. Sel darah merah, platelet, plasma, darah utuh (whole blood), dan faktor pengumpul darah, mungkin mengandung virus. Akan tetapi, produk lain yang disiapkan dari darah, seperti albumin, Ig (gama globulin), dan vaksin, tidak menunjukkan adanya virus. Proses pemisahan dan pembuatan produk ini dari darah total dapat menginaktivasi virus. Pada transfusi darah, Ab terhadap HIV pada darah donor mungkin masih ada dalam darah resipien, sehingga jika diujikan menunjukkan hasil yang positif. Hal ini dapat mengindikasikan adanya infeksi, tetapi masih ada partikel sisa dari darah donor. Perlakuan panas pada pembuatan faktor VII (agensia penggumpalan darah pada penderita hemofili), juga dapat menginaktifkan virus dan dapat mereduksi resiko infeksi.

c. Jarum suntik yang terkontaminasi

HIV ditransmisikan oleh obat-obatan intravena melalui jarum suntik atau siring yang terkontaminasi. Penggunaan obat intravena mengakibatkan 20% kasus di AS dan 8% di Eropa, dan semakin lama semakin menunjukkan kenaikan

hemoragis Ebola telah diketahui akibat penggunaan jarum yang terkontaminasi. Para peneliti menyatakan bahwa jarum suntik yang terkontaminasi dan kontak seksual merupakan faktor utama dalam transmisi HIV. Akan tetapi, penggunaan jarum pada program imunisasi dianggap bukan faktor yang mentransmisikan HIV. Injeksi subdermal atau intramuskuler pada program imunisasi dan perlakuan penyakit mungkin kurang berperan dalam mentransmisikan virus dibandingkan dengan injeksi intra vena, sebagaimana yang telah dilakukan oleh pengguna obat.

d. Transmisi maternal-fetal

HIV dapat ditransmisikan dari ibu yang terinfeksi pada keturunannya selama kehamilan atau kelahiran. Ada virus yang ditemukan didalam ASI sehingga memungkinkan bayinya ikut terinfeksi. Seberapa sering/frekuensi terjadinya transmisi dalam kehamilan tidak jelas. Para peneliti memperkirakan 20-50% bayi yang lahir dari ibu yang terinfeksi, akan terinfeksi. Pada transmisi maternal faktor yang paling menentukan adalah mekanisme pertahanan maternal virus. Pada bayi yang ibunya mempunyai pertahanan rendah terhadap virus, maka bayi tersebut cenderung terinfeksi. Sedangkan pada bayi yang ibunya mempunyai pertahanan yang tinggi terhadap virus, ada kemungkinan tidak terinfeksi. Sementara itu, penelitian lainnya mendapatkan hasil bahwa infeksi HIV-1 lebih umum terjadi pada anak yang pertama. Mereka mengemukakan bahwa transmisinya terjadi saat melahirkan. Selain itu, transmisi dapat terjadi pada saat menyusui.

tersebut lahir, yaitu melalui ASI. Bahkan infeksi HIV 14% lebih tinggi pada bayi yang mendapat ASI dari ibu yang terinfeksi daripada bayi yang hanya mendapat susu botol. Selama wanita sudah terinfeksi, AIDS dan penyakit yang berhubungan dengan AIDS mungkin merupakan ancaman untuk kehidupan anak (Moeloek, 1997).

Kegiatan dan/atau perilaku yang dianggap mempunyai resiko rendah dan sering sekali tak ada hubungannya dengan infeksi HIV antara lain :

- a. Transmisi okupasi : dari bukti yang terkumpul dapat disimpulkan bahwa tenaga kerja kesehatan mempunyai resiko kecil terhadap transmisi okupasi (misalnya melalui jarum suntik kurang dari 0,4% atau 1:200) dan dapat diperkecil lagi secara efektif dengan mematuhi petunjuk mengenai cara pemberian perawatan pada pasien yang terinfeksi HIV dan cara menangani spesimen untuk pemeriksaan.
- b. Kontak yang tidak disengaja : tidak ada bukti yang menyatakan bahwa AIDS atau HIV dapat ditransmisikan melalui udara, makanan, air, cairan muntah, arthropoda (nyamuk), atau melalui kontak yang tidak disengaja (Muma & Borucki, 1997).

4. Manifestasi Klinik

Manifestasi klinis infeksi HIV sangat luas spektrumnya, karena itu ada

beberapa macam Identifikasi M

- a. Grup I : infeksi akut
- b. Grup II : infeksi kronik asimtomatik
- c. Grup III : persistent generalized lymphadenopathy
- d. Grup IV : penyakit lain

Sub grup A : Penyakit konsitusional

Sub grup B : Penyakit neurologis

Sub grup C : Penyakit infeksi sekunder

Sub grup D : Kanker sekunder

Sub grup E : Kondisi-kondisi lainnya

I. Infeksi Akut

Sekitar 30-59% dari mereka yang terinfeksi HIV akan memberikan gejala infeksi akut yang mirip dengan gejala infeksi mononukleosis, yaitu demam, sakit tenggorokan, letargi, batuk, mialgia, keringat malam dan keluhan GIT (Gastro Intestinal Tractus) berupa nyeri menelan, muntah, dan diare. Mungkin bisa didapatkan adanya pembengkakan kelenjar limfe leher, faringitis, macular rash dan aseptik meningitis yang akan sembuh dalam waktu 6 bulan. Patogenesis simptom ini tidak jelas diketahui, tapi sangat mungkin akibat adanya reaksi imun yang aktif terhadap masuknya HIV dalam darah. Saat ini mungkin pemeriksaan antibodi HIV masih negatif, tetapi pemeriksaan Ag p24 sudah

II. Infeksi Kronis Asimtomatis

Fase akut akan diikuti fase kronik asimtomatik yang lamanya bisa bertahun-tahun. Walaupun tidak ada gejala, kita dapat mengisolasi virus dari darah pasien dan ini berarti bahwa selama fase ini pasien juga infeksius. Tidak diketahui secara pasti apa yang terjadi pada HIV pada fase ini. Mungkin terjadi replikasi lambat pada sel-sel tertentu dan laten pada sel-sel lainnya. Tapi jelas bahwa aktivitas HIV tetap terjadi dan ini dibuktikan dengan menurunnya fungsi sistem imun dari waktu ke waktu, mungkin sampai dengan jumlah virus tertentu tubuh masih dapat mengantisipasi sistem imun dalam kompensasi.

III. PGL (Pembengkakan Kelenjar Limfe)

Pada kebanyakan kasus, gejala pertama yang muncul adalah PGL. Ini menunjukkan adanya hiperaktivitas sel limposit B dalam kelenjar limfe, dapat persisten selama bertahun-tahun dan pasien tetap merasa sehat. Terjadi progresi terhadap adanya hiperplasi folikel dalam kelenjar limfe sampai timbulnya involusi dengan adanya invasi sel limposit T₈. Ini merupakan reaksi tubuh untuk menghancurkan sel dendritik folikel yang terinfeksi HIV. Di samping itu infeksi pada otak juga sering terjadi. Walaupun dikatakan konsentrasi HIV paling banyak dalam liquor serebrospinal, umumnya sulit mendeteksi kelainan psikoneurologis pada fase ini.

IV. Dengan menurunnya sel limposit T₄, makin jelas nampak gejala klinis dapat di

- a. Gejala dan keluhan yang disebabkan oleh hal-hal tidak langsung berhubungan dengan HIV, seperti : diare, demam lebih dari satu bulan, keringat malam, rasa lelah berlebihan, batuk kronis lebih dari satu bulan, dan penurunan berat badan 10% atau lebih. Apabila yang mencolok adalah penurunan berat badan, maka ini merupakan salah satu penyakit indikator AIDS, dan disebut slim disease, gejala ini paling banyak terdapat di Afrika.
- b. Gejala yang langsung akibat HIV, misalnya : mielopati, neuropati perifer dan penyakit susunan saraf otak. Hampir 30% pasien dalam stadium akhir akan menderita AIDS dementia kompleks, yaitu penurunan sampai hilangnya daya ingat, gangguan fungsi motorik dan fungsi kognitif, sehingga pasien sulit berkomunikasi dan tidak bisa jalan.
- c. Infeksi oportunistik dan neoplasma. Pada stadium kronik simtomatik ini sangat sedikit keluhan dan gejala yang benar-benar langsung akibat HIV. Sebagian besar adalah akibat menurunnya sel limfosit T₄, sehingga dengan terganggunya sentral sistem imun seluler ini, maka infeksi oportunistik yang sering dialami adalah infeksi virus, parasit dan mikobakterium. Neoplasma yang dikenal sebagai penyakit indikator AIDS adalah : sarkoma Kaposi dan limfoma sel B yang terisolasi di otak dan non Hodgkin limfoma (Merati, 1996).

Beberapa manifestasi dari penyakit HIV pada wanita dan pria sama, baik pria maupun wanita dengan HIV mungkin mempunyai gejala nonspesifik pada

kehilangan berat badan, di AS keadaan yang paling umum yang menyertai penderita AIDS adalah infeksi paru-paru yang disebut *pneumonia pneumocystis carinii* (PCP), terapi anti HIV, seperti halnya juga pengobatan untuk infeksi yang berhubungan dengan HIV (biasa disebut *oportunistic infection*), makanya sama efektif pada wanita dan pria (Anonim, 1997).

5. Diagnosa

Beberapa tanda dan gejala umum dari pasien yang terinfeksi HIV tidak sama dengan tanda dan gejala yang terjadi pada infeksi virus lainnya. Tanda dan gejala yang terjadi meliputi demam berulang, menurunnya nafsu makan, penurunan berat badan yang kronik, limfadenopati umum persisten dan mudah letih. Sejalan dengan progresivitas penyakit dan melemahnya sistem kekebalan tubuh (misalnya adanya penurunan sel-sel T4) maka infeksi oportunistik akan lebih mudah timbul. Jika hal ini terjadi, maka gejala-gejala lain seperti sakit kepala, pandangan kabur, napas pendek, batuk, mudah lupa, kejang, gangguan nuerologi fokal, keringat malam, lesi oral, disfagia, mual, muntah dan diare dapat terjadi (Muma & Borucki, 1997).

Jadi karena gejalanya amat bervariasi maka diperlukan patokan, kapan sebaiknya kita memeriksakan tes darah pada pasien. Tidak setiap penderita sariawan dan tuberkulosis perlu diperiksa darahnya terhadap HIV. Pada perinsipnya bila ditemukan gejala infeksi HIV/AIDS pada seseorang yang mempunyai

kombinasi antara gejala dan riwayat perilaku risiko tinggi merupakan kunci diagnosis. Pada keadaan yang amat khusus, walaupun tidak ditemukan riwayat perilaku risiko tinggi, bila ada gejala penyakit tertentu yang khas infeksi HIV sebaiknya diperiksa tes darah HIV, misalnya ada kandidiasis esofagus, sarkoma Kaposi, pneumonia pneumocytis carinii. Ada beberapa derajat perilaku resiko tinggi yang amat rentan terinfeksi HIV, jadi walaupun tanpa gejala, ada baiknya dianjurkan pemeriksaan tes darah HIV. Adapun perilaku yang dimaksud adalah : hubungan homoseksual, pencandu narkotik suntikan, pekerja seks (WTS) dan konsumennya, penderita hemophilia yang mendapat tranfusi faktor VII antara tahun 1980-1986, dan riwayat hubungan seksual dengan orang-orang tertentu (Djoerban, 1995).

Berbagai macam cara pemeriksaan dilakukan untuk menegakkan diagnosa HIV. Humam immunodeficiency virus dapat diisolasi (atau dikultur) dari daerah perifer yang kaya limfosit dan kadang-kadang dari cairan tubuh. Tetapi kultur sulit untuk dilakukan, biayanya mahal, membutuhkan waktu beberapa hari, tidak dapat dilakukan oleh kebanyakan laboratorium dan lebih sering memberikan hasil yang positif yang tahap awal infeksi bila dibandingkan dengan tahap yang lebih lanjut.

Antigen virus HIV dapat dideteksi paling cepat 2 minggu setelah infeksi dan biasanya bertahan selama 3-5 bulan. Alat yang baru untuk memeriksa DNA telah tersedia secara komersial, tetapi alat ini tidak dipakai sebagai pemeriksaan standar. Pada akhirnya deteksi antigen akan menjadi metode pilihan untuk mendeteksi

Test *enzyma-linked immunosorbent assay* (ELISA) biasa digunakan untuk mendekteksi adanya antibodi terhadap HIV. Pemeriksaan reaksi ELISA digunakan untuk mendiagnosa infeksi HIV secara tidak langsung. Jika diperoleh hasil positif atau reaktif maka dilakukan pemeriksaan ulang dengan menggunakan contoh darah yang sama. Jika hasilnya masih reaktif maka akan dilakukan pemeriksaan *Western blot*. Pemeriksaan ini dianggap sebagai pemeriksaan konfirmasi atas adanya antibodi terhadap HIV (Curry, 1997).

Dulunya, wanita tidak pernah didiagnosa menderita AIDS sampai mereka menunjukkan gejala-gejala AIDS. Faktor yang menyebabkan diognosa AIDS pada wanita terlambat antara lain adalah sulitnya fasilitas untuk didatangi, buruknya penggunaan fasilitas kesehatan, sedikitnya kecurigaan tenaga kesehatan terhadap kemungkinan timbulnya AIDS pada wanita. Selain itu, wanita yang mempunyai risiko tinggi untuk terkena AIDS tidak menyadari gejala awal dari infeksi HIV.

Gejala ginekologi seringkali menjadi tanda pertama dari infeksi HIV pada wanita. Tetapi gejala ini belum termasuk dalam kriteria CDC tentang infeksi AIDS sehingga para dokter tidak mencurigai sebagai infeksi HIV. Gejala ginekologi pada infeksi AIDS setelah dilakukan revisi pada sistem klasifikasi di tahun 1993 antara lain kandidiasis vulvovaginal yang persisten, sering timbul, atau hampir tidak memberikan respon terhadap terapi ; displasia serviks sedang sampai invasif ; penyakit inflamasi pelvis terutama yang disertai dengan abses pada tuba dan ovarium ; dan ulkus herpes simleks yang timbul lebih dari 1 bulan. Gejala ginekologi lainnya yang belum di

virus human papiloma, sifilis dan kondiloma akuminata (Newman & Martens, 1997).

6. Komplikasi Medis pada Wanita dengan HIV

Esofagitis Candida dan pneumocystis carinii merupakan penyakit-penyakit AIDS yang paling sering terjadi pada wanita yang terinfeksi HIV. Walaupun begitu ada juga beberapa manifestasi ginekologi pada wanita yang terinfeksi HIV, antara lain:

a. Human Papilloma Virus dan Penyakit Serviks

Human Papilloma Virus (HPV) merupakan salah satu dari penyakit hubungan seksual yang paling sering terjadi di Amerika Serikat. Manifestasi infeksi HPV antara lain kutil anogenital (kondiloma), displasia servik atau karsinoma invasif serviks yang ditemukan melalui pemeriksaan pap smear. Oleh karena itu, pemeriksaan pap smear yang adekuat perlu dilakukan paling sedikit 1 tahun sekali pada wanita yang terinfeksi HIV. Jika pemeriksaan pap smear tidak adekuat atau menunjukkan hasil yang abnormal, maka perlu dilakukan pemeriksaan kolposkopi.

b. Herpes Simpleks Virus

Herpes genitalis atau herpes simpleks virus dapat terjadi secara tiba dan menjadi persisten pada wanita yang terinfeksi oleh HIV, menyebar dan dirasakan lebih nyeri bila dibandingkan dengan HSV pada wanita yang tidak terinfeksi HIV.

dosis 200 mg setiap 4 jam sekali pada saat pasien tidak tidur. Pemberian terapi antibiotik oral harus juga diberikan jika dicurigai adanya infeksi sekunder. Pada penyakit yang parah dapat diberikan asiklovir intravena 5-10 mg /kg BB setiap 8 jam selama 14 hari, kemudian dilanjutkan dengan pemberian terapi oral. Seperti halnya penyakit gangguan sistem imun lainnya, wanita penderita HSV dan terinfeksi HIV akan lebih sering menyebarkan HIV daripada wanita yang tidak terinfeksi dan meningkatkan risiko penularan HIV ke pasangan seksualnya.

c. Chancroid

Walaupun penyakit hubungan seksual ini pada suatu saat sudah jarang terjadi di Amerika Serikat tetapi prevalensinya telah meningkat pada dekade belakangan ini. Chancroid dimanifestasikan sebagai nyeri akut pada ulkus di genitalia eksternal dan disertai dengan limfadenopati inguinal. Pengobatan dengan dosis tunggal quinolon atau seftriakson biasanya efektif. Jika dengan terapi ini tidak berhasil, pemberian fluoroquinolon selama 3 hari (contohnya, siprofloksasin hidroklorida) perlu dipertimbangkan. Insiden terjadinya kegagalan pengobatan pada wanita meningkat pada mereka yang terinfeksi oleh HIV.

d. Sifilis

Pada individu yang terinfeksi HIV, infeksi sifilis tampaknya lebih agresif dan lebih berkembang dengan lebih cepat dari sifilis primer ke sifilis tersier.

Pengobatan sifilis primer

HIV, walau sedang hamil, harus dijalankan dengan memakai penisilin benzatin secara intramuskuler sekali seminggu selama tiga minggu berturut-turut. Pemeriksaan lanjutan seperti VDRL dan RPR harus dilakukan pada bulan 1, 2, 3, 6, 9 dan 12. Jika hasil pemeriksaan tersebut tidak menurun 4 kali lipat atau cenderung meningkat pada 6 bulan, wanita yang terinfeksi HIV harus diperiksa VDRL pada cairan serebrospinalnya dan terapi ulang seperti yang telah dijelaskan diatas. Hasil penelitian menemukan bahwa mereka yang mempunyai riwayat sifilis mempunyai risiko tinggi terhadap infeksi HIV. Oleh karena itu konseling dan pemeriksaan HIV harus dilakukan pada wanita yang sedang menjalani pengobatan sifilis. Demikian pula pada wanita yang menderita HIV harus dilakukan pemeriksaan terhadap sifilis, sejak disadari prevalensi terjadinya sifilis juga meningkat di Amerika Serikat.

e. Ulkus Genital HIV

Selain ulkus yang terjadi pada chancroid, sifilis dan herpes simpleks, belakangan ini telah ditemukan suatu keadaan baru yang disebut ulkus genital HIV pada beberapa wanita penderita HIV. Ulkus ini telah dilakukan kultur untuk menemukan adanya virus herpes simpleks dan chancroid serta dilakukan pemeriksaan mikroskopi lapangan gelap. Walaupun semua hasil pemeriksaan ini negatif, pasien-pasien ini tetap mendapatkan pengobatan untuk VHS, chancroid dan sifilis, tetapi tidak dapat menyembuhkan ulkus. Dilakukannya pengobatan zidovudine (AZT), dan ulkus ternyata menyembuh

terjadi pada wanita yang terinfeksi oleh HIV. Walaupun begitu ulkus-ulkus ini dapat timbul di bagian tubuh lainya di mana terdapat membran mukosa.

f. Penyakit inflamasi pelvis

Walaupun organisme yang menyebabkan infeksi seperti gonorrhea, chlamydia serta spesies aerob dan anaerob adalah sama baik pada wanita yang terinfeksi HIV maupun yang tidak, tetapi wanita yang terinfeksi HIV tidak menunjukkan gambaran klasik dari perjalanan infeksi-infeksi tersebut. Abses lebih sering terjadi dan intervensi pembedahan lebih sering dilakukan pada wanita yang terinfeksi oleh HIV. Tetapi leukositosis pada penyakit inflamasi pelvis lebih jarang terjadi pada wanita yang terinfeksi oleh HIV. Wanita yang terinfeksi oleh HIV dan mempunyai sistem kekebalan tubuh yang terganggu serta mendapatkan pengobatan PIP harus dirawat di rumah sakit. Sefoksitin, 2 gram secara intravena yang diberikan setiap 6 jam dengan doksisisiklin, 100 mg yang diberikan setiap 12 jam secara oral atau intravena, merupakan salah satu pengobatan yang harus dilanjutkan pemberiaanya paling sedikit 48 jam setelah klien menunjukkan perbaikan gejala kilinik. Doksisisiklin 100 mg secara oral dua kali sehari untuk pemberian total selama 10-14 hari, dianjurkan untuk diberikan setelah pasien pulang dari rumah sakit. Gejala yang tetap terlihat setelah pemberian obat merupakan tanda adanya kegagalan sistem imun.

g. Kandidiasis Vagina

Walaupun kandidiasis vagina merupakan infeksi ginekologi yang umumnya

wanita yang terinfeksi oleh HIV. Oleh sebab itu adanya kandidiasis vagina berulang, lima sampai enam kali setahun, bisa menjadi salah satu tanda peringatan akan adanya infeksi HIV. Pengobatan kandidiasis vagina dini pada wanita yang terinfeksi oleh HIV adalah dengan memakai obat standar yang telah ditetapkan yaitu obat-obat antijamur topikal seperti klotrimazol. Bila tidak ada penyebab yang dapat diperbaiki (seperti pemakaian kontrasepsi oral dan antibiotik), kandidiasis vagina yang rekuren atau resistan diberikan pengobatan dengan ketokonazol, 400 mg perhari selama 14 hari yang diikuti dengan pengobatan 5 hari setiap bulannya selama 6 bulan. Selama pengobatan perlu dilakukan pemeriksaan fungsi hati. Kemungkinan pemberian terapi flukonazol untuk pengobatan kandidiasis vagina sedang dibicarakan oleh FDA dan mungkin diizinkan untuk digunakan pada wanita yang terinfeksi HIV.