

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kehamilan

2.1.1 Konsep Kehamilan Fisiologis

Kehamilan merupakan sistem yang berkesinambungan dari ovulasi (pematangan sel) dilanjutkan proses pertemuan spermatozoa (sperma) dan ovum (sel telur) kemudian terjadilah proses pembuahan dan perkembangan zigot selanjutnya bernidasi (penanaman) pada rahim serta pembuatan plasenta, pada tahap puncak adalah tumbuh kembang akhir konsepsi sampai aterm. Kehamilan merupakan cara normal yang membuat serangkaian perubahan psikologis dan fisiologis pada wanita saat hamil (Tsegaye dalam Uniyah, 2022). Kehamilan merupakan masa perubahan wanita mulai dari kondisi biologis, psikologis dan proses adaptasi pada pola perubahan hidup pada masa kehamilan tersebut (Muhtasor dalam Uniyah, 2022).

Kehamilan dan persalinan bukanlah sebuah proses patologis melainkan proses alamiah (normal), tetapi kondisi normal tersebut dapat berubah menjadi abnormal. Menyadari hal tersebut, dalam melakukan asuhan tidak perlu melakukan intervensi-intervensi yang tidak perlu kecuali ada indikasi. Berdasarkan hal tersebut kehamilan didefinisikan sebagaimana berikut. Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi hingga lahirnya janin. Lama kehamilan ini berlangsung selama 280 hari (40 minggu atau sama dengan sembilan bulan tujuh hari) (Situmorang dkk., 2021). Kehamilan merupakan proses yang diawali dengan pertemuan sel

ovum dan sel sperma di dalam uterus tepatnya di tuba fallopi. Setelah itu terjadi proses konsepsi dan terjadi nidasi, kemudian terjadi implantasi pada dinding uterus, tepatnya pada lapisan edometrium yang terjadi pada hari keenam dan ketujuh setelah konsepsi (Rintho, 2022) dalam Kasmiasi et al, 2023.

2.1.2 Fisiologi Proses Kehamilan

Menurut Astuti Sri dan dkk (2019) proses kehamilan terjadi dalam beberapa aspek berikut:

a. Ovum

Ovum merupakan sel reproduksi (gamet) yang dihasilkan oleh ovarium dari organisme berjenis kelamin wanita. Ovum memiliki ukuran 0,15-0,2 mm dan memiliki bentuk bulat yang hampir sempurna, yang terdiri dari sejumlah besar dari sitoplasma.

b. Spermatozoa

Sperma merupakan sel gamet pria. Berbeda dengan ovum, sperma merupakan sel dengan ukuran terkecil dalam tubuh manusia. Ukuran sperma sangat kecil dan hanya memiliki sedikit cairan sitoplasma, sebagian mitokondria (pemasok energi sel), dan ekor yang panjang. Sperma berbentuk seperti kecebong dengan kepala berbentuk lonjong dan berbentuk gepeng.

c. Fertilisasi

Fertilisasi merupakan proses pertemuan antara sel oosit dan sel sperma. Setelah sperma sampai di tuba fallopi dan bertemu dengan ovum, maka

mekanisme molekular akan membuat sperma dapat melewati zona pelusida. Setelah sperma berhasil melakukan penetrasi di zona pelusida maka terjadi kontak antara spermatozoa dengan membran oosit. Membran sel germinal segera mengadakan peleburan/fusi dan pada saat itu sel sperma berhenti bergerak. Kemudian, inti sel sperma masuk ke dalam sitoplasma ovum. Saat fusi antara sel membran sperma dengan ovum tersebut, terjadi 3 aktifitas depolarisasi membran sel telur, reaksi kortikal, pembelahan meiosis II pada ovum. Setelah berada pada ovum sitoplasma sperma bercampur dengan sitoplasma ovum dan membrane inti (nukleus) sperma pecah. Membran yang baru berbentuk disekeliling kromatin sperma membentuk pro nukleus pria. Membran inti oosit yang baru akan terbentuk disekeliling pro nukleus wanita. Sekitar 24 jam setelah fertilisasi, kromosom memisahkan diri dan terjadilah pembelahan sel pertama.

d. Nidasi dan Implantasi

Hasil konsepsi akan melakukan implantasi pada dinding uterus. Zigot yang sedang membelah, mengapung dalam tuba fallopi melalui tahap morrula yang padat menjadi tahap blastokista. Tahap blastokista memiliki rongga yang memiliki cairan. Dalam tahap ini, hasil konsepsi akan masuk ke uterus dan melakukan implantasi. Selama dalam tuba fallopi, hasil konsepsi diselubungi zona pellucida. Dan dalam 2 hari didalam uterus, blastokista akan melepas di zona pellucida selanjutnya sel trofektoderm blastokista mulai mengalami

diferensiasi menjadi sel trofoblast. Selanjutnya endometrium akan kembali dalam bentuk awal, sehingga seluruh implantasi tertanam kedalam endometriun. Hal tersebut yang dinamakan nidasi.

2.1.3 Perubahan Anatomi pada Kehamilan

Perubahan anatomi dan fisiologi pada kehamilan menurut Dewi T.E.R (2019) sebagai berikut:

- a. Uterus tumbuh membesar akibat pertumbuhan isi konsepsi intrauterin. Hormon Estrogen menyebabkan hiperplasi jaringan, hormone progesteron berperan untuk elastisitas/kelenturan uterus. Ismus uteri, bagian dari serviks, batas anatomik menjadi sulit ditentukan pada kehamilan trimester I memanjang dan lebih kuat. Pada kehamilan 16 minggu menjadi satu bagian dengan korpus, dan pada kehamilan akhir, di atas 32 minggu menjadi segmen bawah uterus. Serviks uteri mengalami hipervaskularisasi akibat stimulasi estrogen dan perlunakan akibat progesteron (tanda Goodell). Sekresi lendir serviks meningkat pada kehamilan memberikan gejala keputihan. Ismus uteri mengalami hipertropi kemudian memanjang dan melunak yang disebut tanda Hegar. Berat uterus perempuan tidak hamil adalah 30 gram, pada saat mulai hamil maka uterus mengalami peningkatan sampai pada akhir kehamilan (40 minggu) mencapai 1000gram (1 kg).
- b. Vagina / vulva, Pada ibu hamil vagina terjadi *hipervaskularisasi* menimbulkan warna merah ungu kebiruan yang disebut tanda Chadwick. Vagina ibu hamil berubah menjadi lebih asam, keasaman (pH) berubah

dari 4 menjadi 6.5 sehingga menyebabkan wanita hamil lebih rentan terhadap infeksi vagina terutama infeksi jamur. *Hypervaskularisasi* pada vagina dapat menyebabkan hypersensitivitas sehingga dapat meningkatkan libido atau keinginan atau bangkitan seksual terutama pada kehamilan trimester dua.

- c. Ovarium, Sejak kehamilan 16 minggu, fungsi diambil alih oleh plasenta, terutama fungsi produksi progesteron dan estrogen. Selama kehamilan ovarium tenang/ beristirahat. Tidak terjadi pembentukan dan pematangan folikel baru, tidak terjadi ovulasi, tidak terjadi siklus hormonal menstruasi.
- d. Payudara Akibat pengaruh hormon estrogen maka dapat memacu perkembangan duktus (saluran) air susu pada payudara. sedangkan hormon progesterone menambah sel-sel asinus pada payudara. Hormon laktogenik plasenta (diantaranya *somatomammotropin*) menyebabkan hipertrofi dan pertambahan sel-sel asinus payudara, serta meningkatkan produksi zat-zat kasein, laktoalbumin, laktoglobulin, sel-sel lemak, kolostrum. Pada ibu hamil payudara membesar dan tegang, terjadi hiperpigmentasi kulit serta hipertrofi kelenjar Montgomery, terutama daerah areola dan papilla akibat pengaruh melanofor, puting susu membesar dan menonjol. Hypertropi kelenjar sebacea (lemak) muncul pada aeola mammae disebut tuberkel Montgomery yang kelihatan di sekitar puting susu. Kelenjar sebacea ini berfungsi sebagai pelumas puting susu, kelembutan puting susu terganggu apabila lemak pelindung ini dicuci dengan sabun. Puting susu akan mengeluarkan kholostrum

yaitu cairan sebelum menjadi susu yang berwarna putih kekuningan pada trimester ketiga tuberkel.

e. Perubahan Sistem Endokrin

1. Progesteron Pada awal kehamilan hormon progesteron dihasilkan oleh corpus luteum dan setelah itu secara bertahap dihasilkan oleh plasenta. Kadar hormon ini meningkat selama hamil dan menjelang persalinan mengalami penurunan. Produksi maksimum diperkirakan 250 mg/hari.
2. Estrogen Pada awal kehamilan sumber utama estrogen adalah Ovarium. Selanjutnya estrone dan estradiol dihasilkan oleh plasenta dan kadarnya meningkat beratus kali lipat, output estrogen maksimum 30 – 40 mg/hari. Kadar terus meningkat menjelang aterm.
3. Kortisol Pada awal kehamilan sumber utama adalah adrenal maternal dan pada kehamilan lanjut sumber utamanya adalah plasenta. Produksi harian 25mg/hari. Sebagian besar diantaranya berikatan dengan protein sehingga tidak bersifat aktif. Kortisol secara simultan merangsang peningkatan produksi insulin dan meningkatkan resistensi perifer ibu pada insulin, misalnya jaringan tidak bisa menggunakan insulin, hal ini mengakibatkan tubuh ibu hamil membutuhkan lebih banyak insulin. Sel- sel beta normal pulau Langerhans pada pankreas dapat memenuhi kebutuhan insulin pada ibu hamil yang secara terus menerus tetap meningkat

sampai aterm. Ada sebagian ibu hamil mengalami peningkatan gula darah hal ini dapat disebabkan karena resistensi perifer ibu hamil pada insulin.

- f. Human Chorionic gonadotropin (HCG). Hormon HCG ini diproduksi selama kehamilan. Pada hamil muda hormon ini diproduksi oleh trofoblas dan selanjutnya dihasilkan oleh plasenta. HCG dapat untuk mendeteksi kehamilan dengan darah ibu hamil pada 11 hari setelah pembuahan dan mendeteksi pada urine ibu hamil pada 12–14 hari setelah kehamilan. Kandungan HCG pada ibu hamil mengalami puncaknya pada 8-11 minggu umur kehamilan. Kadar HCG tidak boleh dipakai untuk memastikan adanya kehamilan karena kadarnya bervariasi, sehingga dengan adanya kadar HCG yang meningkat bukan merupakan tanda pasti hamil tetapi merupakan tanda kemungkinan hamil. Kadar HCG kurang dari 5 mIU/ml dinyatakan tidak hamil dan kadar HCG lebih 25 mIU/ml dinyatakan kemungkinan hamil. Apabila kadar HCG rendah maka kemungkinan kesalahan HPMT, akan mengalami keguguran atau kehamilan ektopik. Sedangkan apabila kadar HCG lebih tinggi dari standart maka kemungkinan kesalahan HPMT, hamil Mola Hydatidosa atau hamil kembar. HCG akan kembali kadarnya seperti semula pada 4-6 mg setelah keguguran, sehingga apabila ibu hamil baru mengalami keguguran maka kadarnya masih bisa seperti positif hamil jadi hati-hati dalam menentukan diagnosa, apabila ada ibu hamil yang mengalami keguguran untuk menentukan diagnosa

tidak cukup dengan pemeriksaan HCG tetapi memerlukan pemeriksaan lain.

- g. Perubahan pada Kekebalan Pada ibu hamil terjadi perubahan pH pada vagina, sekresi vagina berubah dari asam menjadi lebih bersifat basa sehingga pada ibu hamil lebih rentan terhadap infeksi pada vagina. Mulai kehamilan 8 minggu sudah kelihatan gejala terjadinya kekebalan dengan adanya limfosit–limfosit. Semakin bertambahnya umur kehamilan maka jumlah limfosit semakin meningkat. Dengan tuanya kehamilan maka ditemukan sel–sel limfoid yang berfungsi membentuk molekul imunoglobulin. Imunoglobulin yang dibentuk antara lain, Gamma–Aimunoglobulin: dibentuk pada kehamilan dua bulan dan baru banyak ditemukan pada saat bayi dilahirkan. Gamma–G imunoglobulin: pada janin diperoleh dari ibunya melalui plasenta dengan cara pinositosis, hal ini yang disebut kekebalan pasif yang diperoleh dari ibunya. Pada janin ditemukan sedikit tetapi dapat dibentuk dalam jumlah banyak pada saat bayi berumur dua bulan. Gamma–M imunoglobulin: ditemukan pada kehamilan 5 bulan dan meningkat segera pada saat bayi dilahirkan.
- h. Perubahan Sistem Pernafasan Wanita hamil sering mengeluh sesak napas yang biasanya terjadi pada umur kehamilan 32 minggu lebih, hal ini disebabkan oleh karena uterus yang semakin membesar sehingga menekan usus dan mendorong keatas menyebabkan tinggi diafragma bergeser 4 cm sehingga kurang leluasa bergerak. Kebutuhan oksigen

wanita hamil meningkat sampai 20%, sehingga untuk memenuhi kebutuhan oksigen wanita hamil bernapas dalam. Peningkatan hormone estrogen pada kehamilan dapat mengakibatkan peningkatan vaskularisasi pada saluran pernapasan atas. Kapiler yang membesar dapat mengakibatkan edemadan hiperemia pada hidung, faring, laring, trakhea dan bronkus. Hal ini dapat menimbulkan sumbatan pada hidung dan sinus, hidung berdarah (epistaksis) dan perubahan suara pada ibu hamil. Peningkatan vaskularisasi dapat juga mengakibatkan membran timpani dan tuba eustaki bengkak sehingga menimbulkan gangguan pendengaran, nyeri dan rasa penuh pada telinga.

- i. Perubahan Sistem Perkemihan Hormon estrogen dan progesteron dapat menyebabkan ureter membesar, tonus otototot saluran kemih menurun. Kencing lebih sering (poliuria), laju filtrasi glumerulus meningkat sampai 69 %. Dinding saluran kemih dapat tertekan oleh pembesaran uterus yang terjadi pada trimester I dan III, menyebabkan hidroureter dan mungkin hidronefrosis sementara. Kadar kreatinin, urea dan asam urat dalam darah mungkin menurun namun hal ini dianggap normal. Wanita hamil trimester I dan III sering mengalami sering kencing (BAK/buang air kecil) sehingga sangat dianjurkan untuk sering mengganti celana dalam agar tetap kering.
- j. Perubahan Sistem Pencernaan Estrogen dan HCG meningkat dengan efek samping mual dan muntah-muntah, Apabila mual muntah terjadi pada pagi hari disebut *Morning Sickness*. Selain itu terjadi juga

perubahan peristaltic dengan gejala sering kembung, dan konstipasi.

Pada keadaan patologik tertentu dapat terjadi muntah-muntah banyak sampai lebih dari 10 kali per hari (*hyperemesis gravidarum*).

2.1.4 Kehamilan dengan *Human Immunodeficiency virus* (HIV)

2.1.2.1 Pengertian HIV

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah retrovirus RNA yang dapat menyebabkan penyakit klinis, yang kita kenal sebagai Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). Transmisi dari ibu ke anak merupakan sumber utama penularan infeksi HIV pada anak. Peningkatan transmisi dapat diukur dari status klinis, imunologis dan virologis maternal. Kehamilan dapat meningkatkan progresi imunosupresi dan penyakit maternal. Ibu hamil yang terinfeksi HIV juga dapat meningkatkan resiko komplikasi pada kehamilan (Kemenkes, 2020)

2.1.2.2 Epidemiologi

AIDS disebabkan oleh masuknya HIV kedalam tubuh. HIV merupakan virus yang menyerang kekebalan tubuh manusia. HIV merupakan retrovirus yang termasuk dalam famili lentivirus (Santoso, 2018). Retrovirus merupakan virus yang memiliki enzim (protein) yang dapat mengubah RNA, materi genetiknya, menjadi DNA. Kelompok ini disebut retrovirus karena virus ini membalik urutan normal yaitu DNA diubah (diterjemahkan) menjadi RNA (Gallant, 2020).

Penyakit HIV pada manusia dapat disebabkan oleh infeksi HIV-1 atau HIV-2. HIV-1 lebih umum dibandingkan keduanya, memiliki tingkat penularan yang lebih tinggi, virulensi, dan penyebaran yang lebih besar melalui hubungan

seks heteroseksual. Tingkat penularan HIV dari ibu ke anak (penularan vertikal) adalah 20% hingga 25% untuk HIV-1 dibandingkan sekitar 5% untuk HIV-

2. Penularan HIV secara vertikal mungkin terjadi tidak hanya selama kehamilan tetapi juga saat melahirkan dan menyusui. Secara keseluruhan hal ini disebut sebagai penularan HIV perinatal.

2.1.2.3 Transmisi HIV

Transmisi HIV secara umum dapat terjadi melalui empat jalur menurut Prof.Dr.dr IGP Surya, SpOG, tahun 2022 yaitu:

- a. Kontak seksual: HIV terdapat pada cairan mani dan sekret vagina yang akan ditularkan virus ke sel, baik pada pasangan homoseksual atau heteroseksual. Kerusakan pada mukosa genitalia akibat penyakit menular seksual seperti sifilis dan chancroid akan memudahkan terjadinya infeksi HIV.
- b. Tranfusi: HIV ditularkan melalui tranfusi darah baik itu tranfusi whole blood, plasma, trombosit, atau fraksi sel darah lainnya.
- c. Jarum yang terkontaminasi: transmisi dapat terjadi karena tusukan jarum yang terinfeksi atau bertukar pakai jarum di antara sesama pengguna obat-obatan psikotropika.
- d. Transmisi vertikal (perinatal): wanita yang terinfeksi HIV sebanyak 15-40% berkemungkinan akan menularkan infeksi kepada bayi yang baru dilahirkannya melalui plasenta atau saat proses persalinan atau melalui air susu ibu

2.1.2.4 Patogenesis

Partikel-partikel virus HIV yang akan memulai proses infeksi biasanya terdapat di dalam darah, sperma atau cairan tubuh lainnya dan dapat menyebar melalui sejumlah cara. Cara yang paling umum adalah transmisi seksual melalui mukosa genital. Keberhasilan transmisi virus itu sendiri sangat bergantung pada viral load individu yang terinfeksi. Viral load adalah perkiraan jumlah copy RNA per mililiter serum atau plasma penderita. Apabila virus ditularkan pada inang yang belum terinfeksi, maka akan terjadi viremia transien dengan kadar yang tinggi, virus menyebar luas dalam tubuh inang. Sementara sel yang akan terinfeksi untuk pertama kalinya tergantung pada bagian mana yang terlebih dahulu dikenai oleh virus, bisa CD4⁺ sel T dan monosit di dalam darah atau CD4⁺ sel T dan makrofag pada jaringan mukosa.

Ketika HIV mencapai permukaan mukosa, maka ia akan menempel pada limfosit-T CD4⁺ atau makrofag (atau sel dendrit pada kulit). Setelah virus ditransmisikan secara seksual melewati mukosa genital, ditemukan bahwa target selular pertama virus adalah sel dendrit jaringan (dikenal juga sebagai sel Langerhans) yang terdapat pada epitel servikovaginal, dan selanjutnya akan bergerak dan bereplikasi di kelenjar getah bening setempat. Sel dendritik ini kemudian berfusi dengan limfosit CD4⁺ yang akan bermigrasi ke dalam nodus limfatikus melalui jaringan limfatik sekitarnya. Dalam jangka waktu beberapa hari sejak virus ini mencapai nodus limfatikus regional, maka virus akan menyebar secara hematogen dan tinggal pada berbagai kompartemen jaringan. Nodus limfatikus maupun ekuivalennya (seperti plak Peyeri pada usus) pada akhirnya

akan mengandung virus. Selain itu, HIV dapat langsung mencapai aliran darah dan tersaring melalui nodulus limfatikus regional. Virus ini bereproduksi dalam nodus limfatikus dan kemudian virus baru akan dilepaskan. Sebagian virus baru ini dapat berikatan dengan limfosit CD4 + yang berdekatan dan menginfeksi, sedangkan sebagian lainnya dapat berikatan dengan sel dendrit folikuler dalam nodus limfatikus. Fase penyakit HIV berhubungan dengan penyebaran virus dari tempat awal infeksi ke jaringan limfoid di seluruh tubuh. Dalam jangka waktu satu minggu hingga tiga bulan setelah infeksi, terjadi respons imun selular spesifik HIV. Respons ini dihubungkan dengan penurunan kadar viremia plasma yang signifikan dan juga berkaitan dengan awitan gejala infeksi HIV akut. Selama tahap awal, replikasi virus sebagian dihambat oleh respons imun spesifik HIV ini, namun tidak pernah berhenti sepenuhnya dan tetap terdeteksi dalam berbagai kompartemen jaringan, terutama jaringan limfoid. Sitokin yang diproduksi sebagai respons terhadap HIV dan mikroba lain dapat meningkatkan produksi HIV dan berkembang menjadi AIDS.

Sementara itu sel dendrit juga melepaskan suatu protein manosa yang berikatan dengan lektin yang sangat penting dalam pengikatan envelope HIV. Sel dendrit juga berperan dalam penyebaran HIV ke jaringan limfoid. Pada jaringan limfoid sel dendrit akan melepaskan HIV ke CD4+ sel T melalui kontak langsung sel ke sel. Dalam beberapa hari setelah terinfeksi HIV, virus melakukan banyak sekali replikasi sehingga dapat dideteksi pada nodul limfatik. Replikasi tersebut akan mengakibatkan viremia sehingga dapat ditemui sejumlah besar partikel virus HIV dalam darah penderita. Keadaan ini dapat disertai dengan sindrom HIV akut

dengan berbagai macam gejala klinis baik asimtomatis maupun simtomatis. Viremia akan menyebabkan penyebaran virus ke seluruh tubuh dan menyebabkan infeksi sel Thelper, makrofag, dan sel dendrit di jaringan limfoid perifer.

Infeksi ini akan menyebabkan penurunan jumlah sel CD4+ yang disebabkan oleh efek sitopatik virus dan kematian sel. Jumlah sel T yang hilang selama perjalanan dari mulai infeksi hingga AIDS jauh lebih besar dibanding jumlah sel yang terinfeksi, hal ini diduga akibat sel T yang diinfeksi kronik diaktifkan dan rangsang kronik menimbulkan apoptosis. Sel dendritik yang terinfeksi juga akan mati.

Penderita yang telah terinfeksi virus HIV memiliki suatu periode asimtomatik yang dikenal sebagai periode laten. Selama periode laten tersebut virus yang dihasilkan sedikit dan umumnya sel T darah perifer tidak mengandung virus, tetapi kerusakan CD4+ sel T di dalam jaringan limfoid terus berlangsung selama periode laten dan jumlah CD4+ sel T tersebut terus menurun di dalam sirkulasi darah. Pada awal perjalanan penyakit, tubuh dapat cepat menghasilkan CD4+ sel T baru untuk menggantikan CD4+ sel T yang rusak. Tetapi pada tahap ini, lebih dari 10% CD4+ sel T di organ limfoid telah terinfeksi. Seiring dengan lamanya perjalanan penyakit, siklus infeksi virus terus berlanjut yang menyebabkan kematian sel T dan penurunan jumlah CD4+ sel T di jaringan limfoid dan sirkulasi

Selama fase lanjutan (kronik) infeksi HIV ini penderita akan rentan terhadap infeksi lain dan respons imun terhadap infeksi ini akan merangsang produksi virus HIV dan kerusakan jaringan limfoid semakin menyebar.

Progresivitas penyakit ini akan berakhir pada tahap yang mematikan yang dikenal sebagai AIDS. Pada keadaan ini kerusakan sudah mengenai seluruh jaringan limfoid dan jumlah CD4+ sel T dalam darah turun di bawah 200 sel/mm³ (normal 1.500 sel/mm³). Penderita AIDS dapat mengalami berbagai macam infeksi oportunistik, keganasan, cachexia (HIV wasting syndrome), gagal ginjal (HIV nefropati), dan degenerasi susunan saraf pusat (AIDS ensefalopati). Oleh karena CD4+ sel T sangat penting dalam respons imun selular dan humoral pada berbagai macam mikroba, maka kehilangan sel limfosit ini merupakan alasan utama mengapa penderita AIDS sangat rentan terhadap berbagai macam jenis infeksi

2.1.2.5 Gambaran Klinis

Gambaran klinis infeksi HIV terdiri atas tiga fase sesuai dengan perjalanan infeksi HIV itu sendiri, yaitu: Serokonversi, Penyakit HIV asimtomatik, Infeksi HIV simtomatik atau AIDS

- a. Serokonversi adalah masa selama virus beredar menuju target sel (viremia) dan antibodi serum terhadap HIV mulai terbentuk. Sekitar 70% pasien infeksi HIV primer menderita sindrom mononucleosis-like akut yang terjadi dalam 2 hingga 6 minggu setelah infeksi awal, yang dikenal juga sebagai sindrom retroviral akut (acute retroviral syndrome; ARS). Sindrom ini terjadi akibat infeksi awal serta penyebaran HIV dan terdiri dari gejala-gejala yang tipikal, namun tidak khas. Sindrom ini memiliki bermacam-macam manifestasi, gejala yang paling umum mencakup demam, lemah badan, mialgia, ruam kulit, limfadenopati, dan nyeri

tenggorokan (sore throat). Selama masa ini terjadi viremia yang sangat hebat dengan penurunan jumlah limfosit CD4.

- b. Penyakit HIV Asimtomatis. Setelah infeksi HIV akut dengan penyebaran virus dan munculnya respons imun spesifik HIV, maka individu yang terinfeksi memasuki tahap kedua infeksi. Tahap ini dapat saja asimtomatis sepenuhnya. Istilah klinis 'laten' dulu digunakan untuk menandai tahap ini, namun istilah tersebut tidak sepenuhnya akurat karena pada tahap laten sejati (true latency), replikasi virus terhenti sementara. Jika tidak diobati masa laten infeksi HIV dapat berlangsung 18 bulan hingga 15 tahun bahkan lebih, rata-ratanya 8 tahun. Pada tahap ini penderita tidak rentan terhadap infeksi dan dapat sembuh bila terkena infeksi yang umum. Jumlah CD4 sel T secara perlahan mulai turun dan fungsinya semakin terganggu. Penderita dengan masa laten yang lama, biasanya menunjukkan prognosis yang lebih baik.
- c. Infeksi HIV simtomatik atau AIDS. Jika terjadi penurunan jumlah sel CD4 yang meningkat disertai dengan peningkatan viremia maka hal tersebut menandakan akhir masa asimtomatik. Gejala awal yang akan ditemui sebelum masuk ke fase simtomatik adalah pembesaran kelenjar limfe secara menyeluruh (general limfadenopati) dengan konsistensi kenyal, mobile dengan diameter 1 cm atau lebih. Seiring dengan menurunnya jumlah sel CD4+ dan meningkatnya jumlah virus di dalam sirkulasi akan mempercepat terjadinya infeksi oportunistik. Sebagian besar permasalahan yang berkaitan dengan infeksi HIV terjadi sebagai

akibat langsung hilangnya imunitas selular (cellmediated immunity) yang disebabkan oleh hancurnya limfosit T-helper CD4⁺. Orang dengan penurunan jumlah sel CD4⁺ hingga kurang dari 200 sel/mm³ dikatakan menderita AIDS, meskipun kondisi ini tidak disertai dengan adanya penyakit yang menandai AIDS (Tabel 1). Definisi ini mencerminkan peningkatan kecenderungan timbulnya masalah yang berkaitan dengan HIV yang menyertai rendahnya jumlah sel CD4⁺ secara progresif. Setelah AIDS terjadi, maka sistem imun sudah sedemikian terkompensasi sehingga pasien tidak mampu lagi mengontrol infeksi oleh patogen oportunistik yang pada kondisi normal tidak berproliferasi, serta menjadi rentan terhadap terjadinya beberapa keganasan. Pasien dengan AIDS yang tidak diobati rata-rata meninggal dalam jangka waktu satu hingga tiga tahun. Terapi yang telah tersedia saat ini telah memperbaiki prognosis pasien infeksi HIV secara signifikan

2.1.2.6 Penatalaksanaan HIV

a. Tatalaksana Prenatal

Sebelum konsepsi, wanita yang terinfeksi sebaiknya melakukan konseling dengan dokter spesialis. Program ini membantu pasien dalam menentukan terapi yang optimal dan penanganan obstetrik, seperti toksisitas ARV yang mungkin terjadi, diagnosis prenatal untuk kelainan kongenital (malformasi atau kelainan kromosomal) dan menentukan cara persalinan yang boleh dilakukan. Wanita yang terinfeksi disarankan untuk melakukan

servikal sitologi rutin, menggunakan kondom saat berhubungan seksual, atau menunggu konsepsi sampai plasma viremia telah ditekan. Profilaksis terhadap PCP tidak diperlukan, tetapi infeksi oportunistik yang terjadi harus tetap diobati. Riwayat pengobatan, operasi, sosial, ginekologi dan obstetrik sebelumnya harus dilakukan pada kunjungan prenatal pertama. Pemeriksaan fisik lengkap penting untuk membedakan proses penyakit HIV dengan perubahan fisik normal pada kehamilan.

b. Tatalaksana Komplikasi obstetrik

Wanita dengan HIV positif yang menjadi lemah mendadak pada masa kehamilannya, harus segera dievaluasi oleh tim multidisiplin (dokter obstetrik, pediatrik dan penyakit dalam) untuk mencegah kegagalan diagnostik. Komplikasi yang berhubungan dengan HIV sebaiknya dianggap sebagai penyebab dari penyakit akut pada ibu hamil dengan status HIV tidak diketahui. Pada keadaan ini, tes diagnostik HIV harus segera dikerjakan. HAART dapat meningkatkan resiko lahir prematur. Oleh sebab itu, pemilihan dan penggunaan terapi ARV yang tepat berperan penting dalam hal ini. Wanita yang terancam lahir prematur baik dengan atau tanpa PROM harus melakukan skrining infeksi, khususnya infeksi genital sebelum persalinan. Bayi prematur <32 minggu tidak dapat mentoleransi medikasi oral, sehingga pemberian terapi ARV pada ibu sesudah dan saat persalinan akan memberikan profilaksis pada janinnya. Apabila

bayi lahir prematur dengan PROM terjadi pada umur kehamilan >34 minggu, persalinan harus dipercepat. *Augmentation* dapat dipertimbangkan jika *viral load* <50 kopi/mL dan tidak ada kontraindikasi obstetrik. Pertimbangan tersebut termasuk pemberian antibiotik intravena spektrum luas, jika pasien terbukti ada infeksi genital atau korioamnionitis. Lain halnya pada umur kehamilan <34 minggu, penatalaksanaannya sama tetapi obat antibiotik oral yang diberikan adalah eritromisin. Semua ibu hamil, baik yang terinfeksi HIV maupun tidak sangat memungkinkan untuk menderita anemia. Untuk itu pemeriksaan darah lengkap wajib dikerjakan.

c. Tatalaksana Persalinan

Cara persalinan harus ditentukan sebelum umur kehamilan 38 minggu untuk meminimalkan terjadinya komplikasi persalinan. Sampel plasma *viral load* dan jumlah CD4 harus diambil pada saat persalinan. Pasien dengan HAART harus mendapatkan obatnya sebelum persalinan, jika diindikasikan, sesudah persalinan. Semua ibu hamil dengan HIV positif disarankan untuk melakukan persalinan dengan seksio sesaria. Infus ZDV diberikan secara intravena selama persalinan elektif seksio sesaria dengan dosis 2 mg/kg selama 1 jam, diikuti dengan 1 mg/kg sepanjang proses kelahiran. Pada persalinan ini, infus ZDV dimulai 4 jam sebelumnya dan dilanjutkan sampai tali pusat sadar terjepit. *National Guidelines* menyarankan pemberian antibiotik peripartum pada saat persalinan untuk mencegah terjadinya

infeksi. Ruangan operasi juga harus dibuat senyaman mungkin untuk mencegah PROM sampai kepala dilahirkan melalui operasi insisi. Kelompok meta-analisis *Internasional Perinatal HIV*, menemukan bahwa resiko transmisi vertikal meningkat 2% setiap penambahan 1 jam durasi PROM. Jika persalinan sesaria dikerjakan setelah terjadi PROM, keuntungan operasi jelas tidak ada. Pada kasus ini, pemilihan jalan lahir harus disesuaikan secara individu. Oleh karena itu, usahakan agar membran tetap intak selama mungkin

Persalinan pervaginam yang direncanakan hanya boleh dilakukan oleh wanita yang mengkonsumsi HAART dengan *viral load* <50 kopi/mL. Jika pasien ini tidak ingin melakukan persalinan lewat vagina, seksio sesaria harus dijadwalkan pada umur kehamilan 39+ minggu, untuk meminimalkan resiko *transient tachypnea of the newborn* (TTN). Prosedur invasif seperti pengambilan sampel darah fetal dan penggunaan elektrode kulit kepala fetal merupakan kontraindikasi. Pada persalinan pervaginam, amniotomi harus dihindari, tetapi tidak jika proses kelahiran kala 2 memanjang. Jika terdapat indikasi alat bantu persalinan, forsep dengan kavitas rendah lebih disarankan untuk janin karena insiden trauma fetal lebih kecil.

d. Tatalaksana Postnatal

Setelah melahirkan, ibu sebaiknya menghindari kontak langsung dengan bayi. Dosis terapi antibiotik profilaksis, ARV dan imunosuportif harus diperiksa kembali. Indikasi penggunaan infus

ZDV adalah kombinasi *single dose* NVP 200 mg dengan 3TC 150 mg tiap 12 jam, dan dilanjutkan ZDV/3TC kurang lebih selama 7 hari porspartum untuk mencegah resistensi NVP. Imunisasi MMR dan *varicella zoster* juga diindikasikan, jika jumlah limfosit CD4 diatas 200 dan 400. Ibu disarankan untuk menggunakan kontrasepsi pada saat berhubungan seksual.

Secara teori, ASI dapat membawa HIV dan dapat meningkatkan transmisi perinatal. Oleh karena itu, WHO tidak merekomendasikan pemberian ASI pada ibu dengan HIV positif, meskipun mereka mendapatkan terapi ARV. Saran suportif mengenai susu formula pada bayi sangat diperlukan untuk mencegah gizi buruk pada bayi. Menurut penelitian yang dilakukan di Eropa, semua wanita dengan HIV positif direkomendasikan untuk mengkonsumsi kabergolin 1 mg oral dalam 24 jam setelah melahirkan, untuk menekan laktasi

e. Tatalaksana Neonatus

Semua bayi harus diterapi dengan ARV <4jam setelah lahir. Kebanyakan bayi diberikan monoterapi ZDV 2x sehari selama 4 minggu. Jika ibu resisten terhadap ZDV, obat alternatif bisa diberikan pada kasus bayi lahir dari ibu HIV positif tanpa indikasi terapi ARV. Tetapi untuk bayi beresiko tinggi terinfeksi HIV, seperti anak lahir dari ibu yang tidak diobati atau ibu dengan plasma viremia >50 kopi/mL, HAART tetap menjadi pilihan utama Pemberian antibiotik

profilaksis, *cotrimoxazole* terhadap PCP wajib dilakukan. Tes IgA dan IgM, kultur darah langsung dan deteksi antigen PCR merupakan serangkaian tes yang harus dijalankan oleh bayi pada umur 1 hari, 6 minggu dan 12 minggu. Jika semua tes ini negatif dan bayi tidak mendapat ASI, orang tua dapat menyatakan bahwa bayi mereka tidak terinfeksi HIV. Konfirmasi HIV bisa dilakukan lagi saat bayi berumur 18 sampai 24 bulan.

2.1.2.7 Pengobatan HIV

Perkembangan dan percobaan klinis terhadap kemampuan obat antiretrovirus yang sering dikenal dengan highly active antiretroviral therapy (HAART) untuk menghambat HIV terus dilakukan selama 15 tahun terakhir ini. Pengobatan diharapkan mampu menghambat progresivitas infeksi HIV untuk menjadi AIDS dan penularannya terhadap orang lain serta janin pada wanita hamil. HAART menunjukkan adanya penurunan jumlah penderita HIV yang dirawat, penurunan angka kematian, penurunan infeksi oportunistik, dan meningkatkan kualitas hidup penderita. HAART bisa memperbaiki fungsi imunitas tetapi tidak dapat kembali normal.

Pengobatan dengan menggunakan HAART yang aman saat ini pada wanita hamil adalah dengan menggunakan AZT(azidotimidin) atau ZDV (zidovudin). Pengobatan wanita hamil dengan menggunakan regimen AZT ini dibagi atas tiga bagian, yaitu: 15,16 wanita hamil dengan HIV positif, pengobatan dengan menggunakan AZT harus dimulai pada usia kehamilan 14-34 minggu dengan dosis 100 mg, 5 kali sehari, atau 200 mg 3 kali sehari, atau 300 mg 2 kali

sehari, pada saat persalinan; AZT diberikan secara intravena, dosis inisial 2 mg/kg BB dalam 1 jam dan dilanjutkan 1 mg/kgBB/jam sampai partus, terhadap bayi diberikan AZT dengan dosis 2 mg/kgBB secara oral atau 1,5 mg/kgBB secara intravena tiap 6 jam sampai usianya 4 minggu

2.1.2.8 Pencegahan HIV

Pencegahan peneluran HIV pada ibu hamil yang terinfeksi HIV ke janin/bayi dikandungannya mencakup langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Layanan antenatal terpadu termasuk test HIV
- b. Menegakkan diagnosa HIV
- c. Pemberian terapi antiretroviral
- d. Konseling persalinan dan KB pasca persalinan.
- e. Konseling menyusui dan pemberian makanan bagi bayi dan anak
- f. Konseling pemberian provilaksis ARV dan kotrimoksazol pada anak
- g. Persalinan yang aman dan pelayanan KB pasca persalinan
- h. Pembrian provilaksis ARV pada bayi
- i. Memberikan dukungan psikologis, sosial dan keperawatan bagi ibu selama hamil, bersalin, dan bayinya.

2.1.3 Kehamilan dengan Sifilis

2.1.3.1 Pengertian Sifilis

Sifilis merupakan penyakit kronis yang disebabkan oleh bakteri *Treponema pallidum*. Angka kejadian sifilis mencapai 90% di negara-negara berkembang. *Treponema pallidum* merupakan spesies *treponema* dari famili *Spirochaeta*, ordo *Spirochaetales*. *Treponema pallidum* berbentuk spiral, gram

negatif dengan panjang kisaran 11 μm dengan diameter antara 0,09 – 0,18 μm . Terdapat dua lapisan, sitoplasma merupakan lapisan dalam mengandung mesosom, vakuol ribosom dan bahan nukleoid, lapisan luar yaitu bahan mukoid (Maharani, 2018).

Sifilis adalah salah satu penyakit menular seksual yang menyebabkan penyakit seperti infeksi otak (neurosifilis) dan kecacatan tubuh (guma). Pada populasi ibu hamil yang terinfeksi sifilis bila tidak diobati dengan adekuat, akan menyebabkan 67% kehamilan berakhir dengan abortus, lahir mati atau infeksi neonatus (sifilis kongenital) (Kemenkes RI, 2015).

2.1.3.2 Mekanisme Penularan Sifilis Dari ibu ke Anak

Treponema pallidum subsp. *pallidum* merupakan satu-satunya subspecies *treponema* patogen yang dapat melintasi sirkulasi plasenta dari ibu ke janin. Temuan biomolekuler menyimpulkan bahwa invasi pada plasenta merupakan rute utama penularan dari ibu ke janin. Pendapat lain mengemukakan *T. pallidum* dapat terlebih dahulu melintasi membran janin dan menginfeksi cairan ketuban sehingga memperoleh akses sirkulasi janin. Infeksi sifilis dapat terjadi transplasenta selama kehamilan atau pada waktu kelahiran melalui kontak bayi baru lahir dengan lesi genital. Laktasi tidak dapat menularkan infeksi ke janin kecuali terdapat lesi di payudara.

Tidak semua neonatus yang lahir dari ibu terinfeksi sifilis akan mengalami sifilis kongenital. Risiko sifilis kongenital berhubungan langsung dengan stadium sifilis maternal selama kehamilan dan durasi paparan janin dalam rahim (Darmawan, 2020). Sifilis pada ibu hamil yang tidak diobati dapat mengakibatkan

keguguran, prematuritas, bayi berat lahir rendah, lahir mati dan sifilis kongenital. Sifilis kongenital sendiri dapat diklasifikasikan menjadi dua yaitu, sifilis kongenital dini, dari bayi lahir sampai kurang dari 2 tahun dan sifilis kongenital lanjut, dimana penyakit ini persisten hingga lebih dari 2 tahun setelah kelahiran (Aziz,dkk, 2019).

2.1.3.3 Diagnosa dan pemeriksaan laboratorium Sifilis

Menurut Pedoman Nasional Tatalaksana IMS tahun 2011, diagnosis sifilis di tingkat puskesmas dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu berdasarkan sindrom dan pemeriksaan serologis. Secara umum, tes serologi sifilis terdiri atas dua jenis, yaitu:

- a. Tes non-treponema Termasuk dalam kategori ini adalah tes RPR (Rapid Plasma Reagin) dan VDRL (Venereal Disease Research Laboratory). Tes serologis yang termasuk dalam kelompok ini mendeteksi imunoglobulin yang merupakan antibodi terhadap bahan-bahan lipid sel-sel T. Pallidum yang hancur. Jika tes non spesifik menunjukkan hasil reaktif, selanjutnya dilakukan tes spesifik treponema, untuk menghemat biaya. Hasil positif pada tes non spesifik treponema tidak selalu berarti bahwa seseorang pernah atau sedang terinfeksi sifilis. Hasil tes ini harus dikonfirmasi dengan tes spesifik treponema.
- b. Tes spesifik treponema. Termasuk dalam kategori ini adalah tes TPHA (Treponema Pallidum Haemagglutination Assay), TP Rapid (Treponema Pallidum Rapid), TP-PA (Treponema Pallidum Particle Agglutination Assay), FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody

Absorption). Tes serologis yang termasuk dalam kelompok ini mendeteksi antibodi yang bersifat spesifik terhadap treponema. Tes ini dapat menunjukkan hasil positif/reaktif seumur hidup walaupun terapi sifilis telah berhasil . Tes jenis ini tidak dapat digunakan untuk membedakan antara infeksi aktif dan infeksi yang telah diterapi secara adekuat. Tes ini juga tidak dapat membedakan infeksi *T. pallidum* dari infeksi treponema lainnya.

- c. Tes Cepat Sifilis (Rapid test Syphilis) Penggunaan rapid test ini sangat mudah dan memberikan hasil dalam waktu yang relatif singkat yaitu 10-15 menit. Jika dibandingkan dengan TPHA atau TPPA, sensitivitas rapid test ini berkisar antara 85% sampai 98%, dan spesifisitasnya berkisar antara 93 % sampai 98%. Rapid test sifilis yang tersedia saat ini TP Rapid termasuk kategori tes spesifik treponema yang mendeteksi antibodi spesifik terhadap berbagai spesies treponema (tidak selalu *T. pallidum*), sehingga tidak dapat digunakan membedakan infeksi aktif dari infeksi yang telah diterapi dengan baik. TP Rapid hanya menunjukkan bahwa seseorang pernah terinfeksi treponema, namun tidak dapat menunjukkan seseorang sedang mengalami infeksi aktif (Aziz,dkk, 2019).

2.1.3.4 Pencegahan dan pengobatan

Pencegahan penularan infeksi sifilis dari ibu ke bayi adalah :

- A. Diagonis sifilis pada ibu hamil Tes serologi sifilis banyak digunakan untuk tujuan diagnostik dan serologi skrining. Terdiri

atas dua jenis, yaitu tes non treponema dan treponema. Biasanya pemeriksaan tes sifilis dilakukan dalam dua langkah. Pertama, tes non treponema, yaitu RPR atau VDRL. Jika hasil tes non treponema reaktif (positif), selanjutnya dilakukan konfirmasi dengan tes treponema, yaitu TPHA, TP-PA, FTA-ABS dan TP rapid. Kombinasi ini dapat mengidentifikasi adanya infeksi dan menjelaskan tahapan dari penyakit.

B. Konseling setelah tes

Pemberian konseling setelah tes diberikan pada ibu hamil, berdasarkan hasil tes, sebagai berikut:

- a. Hasil tes sifilis non-reaktif atau negatif:
 1. Penjelasan tentang masa jendela/window period
 2. Pencegahan untuk tidak terinfeksi di kemudian hari.
- b. Hasil tes sifilis reaktif atau positif:
 1. Penjelasan mengenai aspek kerahasiaan
 2. Penjelasan tentang rencana pemberian obat benzatin benzyl penisilin
 3. Pemberian informasi sehubungan dengan kehamilan, misalnya dukungan gizi yang memadai untuk ibu hamil, termasuk pemenuhan kebutuhan zat besi dan asam folat
 4. Konseling hubungan seksual selama kehamilan (abstinensia, saling setia atau menggunakan kondom secara benar dan konsisten)

5. Pemberian informasi bahwa pasangan harus diobati
6. Kesepakatan tentang jadwal kunjungan lanjutan.

C. Terapi sifilis pada ibu hamil

Terapi sifilis pada kehamilan bertujuan untuk eradikasi infeksi pada ibu dan mencegah atau mengobati sifilis kongenital pada janin. Pemberian penisilin G parenteral merupakan pengobatan yang disarankan pada semua tahapan sifilis pada kehamilan. Selama hamil, disarankan pemberian dosis kedua seminggu setelah benzatin penisilin G dosis awal diberikan (Aziz,dkk, 2019).

2.1.4 Kehamilan dengan Hepatitis

2.1.4.1 Pengertian Hepatitis

Virus Hepatitis B (VHB) menyebabkan infeksi kronis, terutama pada mereka yang terinfeksi ketika masih bayi, hal ini merupakan faktor timbulnya penyakit hati dan karsinoma hepatoseluler dikemudian hari pada pasien tersebut (Carrol,dkk, 2019). VHB dapat menyebabkan peradangan hati akut atau kronis yang dapat berlanjut menjadi sirosis hati atau kanker hati. Hepatitis yang berlangsung kurang dari 6 bulan disebut hepatitis akut dan yang lebih dari 6 bulan disebut hepatitis kronis (Maharani, 2018). VHB termasuk dalam famili Hepadnaviridae. Virus ini berbentuk sferik pleomorfik dengan diameter 42 nanometer (nm). Lapisan luar terdiri dari antigen HbsAg yang membungkus partikel inti (core), glikoprotein dan lipid seluler. Pada inti terdapat DNA polimerase virus, antigen inti (HbcAg) dan antigen e (HbeAg). Genom virus

terdiri dari DNA untai ganda parsial mengandung sekitar 3200 pasang basa (Estee Torok, 2017).

2.1.4.2 Mekanis Penularan Hepatitis pada ibu hamil

1. Transmisi intrauterine selama kehamilan juga disebut sebagai transmisi intrauterine, beberapa mekanisme infeksi termasuk sebagai berikut:
 - a. Eksudasi plasenta dan transudasi: kontraksi uterus pada abortus iminens atau ancaman persalinan preterm dapat menyebabkan laserasi minor pada plasenta, menyebabkan kebocoran darah ibu di seluruh plasenta masuk ke dalam sirkulasi janin mengakibatkan infeksi intrauterine pada janin.
 - b. Infeksi plasenta: VHB dapat menginfeksi semua jenis sel plasenta pada kedua sisi maternal dan fetal. VHB dapat menginfeksi endotel membran desidua yang kemudian menyebabkan infeksi intrauterine pada janin.
 - c. Darah perifer leukosit (Peripheral Blood Leukocyte) khususnya darah monosit yang terinfeksi: darah perifer leukosit terdeteksi mengandung DNA VHB dan antigen VHB dapat melewati sawar plasenta dan menginfeksi janin.
2. Transmisi intrapartum. Penularan selama kehamilan merupakan jalur utama infeksi VHB. Terjadi terutama karena bayi lama terpapar cairan ketuban ibu yang mengandung VHB ketika melewati jalan lahir.

3. Transmisi postpartum. Transmisi pada saat postpartum mengacu pada infeksi pada bayi yang terjadi pasca persalinan melalui paparan cairan ibu, air ASI dan kontak intim lainnya dalam kehidupan sehari-hari setelah persalinan (Aziz,dkk, 2019).

2.1.4.3 Diagnosa dan pemeriksaan laboratorium hepatitis B

- a. Pemeriksaan HbsAg Metode Rapid Test, HbsAg dalam sampel akan berikatan dengan anti-HBs colloidal gold conjugate membentuk kompleks yang akan bergerak melalui membran area tes yang telah dilapisi oleh anti-HbsAg. Kemudian terjadi reaksi membentuk garis berwarna merah muda keunguan yang menunjukkan hasil positif pada area tes. Apabila dalam sampel tidak terdapat HbsAg maka tidak akan menimbulkan garis merah pada area tes. Kelebihan anti-Hbs colloidal gold conjugate akan terus bergerak menuju area kontrol (C) yang telah dilapisi anti IgG tikus dari serum kambing (anti-mouse igG antibody), sehingga berikatan dan membentuk garis merah pada area kontrol yang menunjukkan hasil pemeriksaan valid.
- b. Pemeriksaan HbsAg metode ELISA/CHLIA. Antibodi ganda sandwich imunisasi yang menggunakan antibodi anti-HBsAg spesifik adalah antibodi monoklonal HbsAg yang berada di dasar sumur mikrotiter dan antibodi poliklonal HbsAg ditambah dengan Horseradish Peroxidase (HRP) sebagai larutan konjugat. Selama pemeriksaan, adanya HbsAg dalam spesimen akan bereaksi dengan antibodi-antibodi tersebut untuk membentuk kompleks imun antibody-HbsAg-antibody-HRP. Setelah

materi yang tidak terikat tercuci selama pemeriksaan, substrat ditambahkan untuk menunjukkan hasil tes munculnya warna biru di sumur mikrotiter mengindikasikan HbsAg reaktif. Tidak adanya warna menunjukkan hasil non reaktif di spesimen (Maharani, 2018).

2.1.4.4 Pencegahan dan Pengobatan Hepatitis B dari Ibu ke Anak

- a. Uji saring pada ibu hamil. Tes HbsAg paling baik dilakukan pada kunjungan antenatal pertama. Ibu hamil dengan HbsAg-negatif dan berisiko tinggi untuk infeksi VHB (misalnya pengguna narkoba dengan jarum suntik, pasangan seksual atau kontak dengan anggota keluarga yang memiliki VHB kronis) harus diuji untuk antibodi permukaan hepatitis B (anti-HBs) dan antibodi inti hepatitis B (anti-HBc).
- b. Penatalaksanaan persalinan. Penatalaksanaan persalinan pada ibu dengan HbsAg reaktif sesuai indikasi obstetrik.
- c. Imunisasi bayi baru lahir. Bayi baru lahir dari ibu yang terinfeksi HbsAg harus menerima imunisasi aktif dan pasif, dengan dosis pertama dari seri vaksin hepatitis B dan satu dosis HBIG yang diberikan dalam 12 jam setelah melahirkan di tempat yang berbeda atau maksimal dalam waktu < 24 jam. Bayi kemudian harus melengkapi seri vaksin hepatitis B.
- d. Terapi antiviral ibu hamil. Terapi antivirus diberikan untuk ibu hamil HbsAg-positif dengan kadar DNA VHB (viral load) tinggi selama trimester terakhir kehamilan, di samping imunisasi untuk bayi baik

aktif maupun pasif (Aziz,dkk, 2019).

2.2 Triple Eliminasi

2.2.1 Pengertian Triple Eliminasi

Triple eliminasi adalah program yang bertujuan mencapai dan mempertahankan eliminasi ibu ke bayi dari HIV/AIDS , Hepatitis B, dan Sifilis agar mencapai kesehatan yang lebih baik bagi perempuan, anak-anak, dan keluarga mereka melalui pendekatan terkoordinasi (Young, 2018). Perlu upaya untuk memutus rantai penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B melalui eliminasi penularan yang dilakukan sebagai bentuk tanggung jawab Negara dalam menjamin kelangsungan hidup anak. Infeksi HIV, Sifilis, dan Hepatitis B memiliki pola penularan yang relatif sama, yaitu ditularkan melalui hubungan seksual, pertukaran/kontaminasi darah, dan secara vertikal dari ibu keanak (Kemenkes, 2017). WHO mencanangkan eliminasi penularan penyakit infeksi dari ibu ke anak (mother-to-child transmission) di Asia dan Pasifik pada tahun 2018-2030. Tiga penyakit yang menjadi fokus adalah HIV, Hepatitis dan Sifilis. Tiga penyakit tersebut merupakan penyakit infeksi yang endemik di wilayah Asia dan Pasifik. Penularan penyakit tersebut ke bayi dapat dicegah dengan imunisasi, skrining dan pengobatan penyakit infeksi pada ibu hamil (WHO,2022).

2.2.2 Manfaat Pemeriksaan Triple Eliminasi

Manfaat dari pemeriksaan Triple Eliminasi untuk mendeteksi secara dini virus HIV, Sifilis, dan Hepatitis B yang dapat mengenali secepat mungkin gejala, ciri, dan risiko ancaman. Deteksi dini, Skrining stsu penapisan kesehatan pada ibu

hamil dilaksanakan pada saat pelayanan antenatal terpadu sehingga mampu menjalani kehamilan hingga persalinan yang sehat (Kemenkes, 2021)

2.2.3 Tujuan Pemeriksaan Triple Eliminasi

Menurut (Kementrian kesehatan, 2019) tujuan Triple Eliminasi sebagai berikut:

- a. Mencegah penularan HIV, Sifilis, dan Hepetitis dari ibu ke anak
- b. Meningkatkan kelangsungan dan kuliatis ibu yang terinfeksi HIV, Sifilis, dan Hepatitis B
- c. Meningkatkan kemampuan profesional pelaksanaan pelayanan kesehatan dan menejemennya
- d. Menghilangkan segala bentuk stigma dan diskriminasi berbasis pendidikan

2.2.4 Waktu Pemeriksaan Triple Eliminasi

Pemeriksaan Triple Eliminasi dilakukan minimal satu kali selama masa kehamilan, yang bertujuan untuk mendeteksi virus HIV, Sifilis, dan Hepatitis B, di Puskesmas pemeriksaan wajib dilakukan pada awal kehamilan sesuai dengan SOP untuk didapatkan tindak lanjut bila ibu hamil terdeteksi virus HIV, Sifilis, dan Hepatitis B (Kemenkes,2021)

2.2.4 Target pemeriksaan

Target upaya pencegahan penulran HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dari ibu hamil ke bayi berdasarkan (Kementran Kesehatan, 2019) adalah sebagai berikut:

- a. Skrining bagi setiap wanita usia subur yang datang kepalayanan KIA-KB terhadap pencegahan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B . apabila terdapat

- faktor resiko, gejala atau tanda maka akan segera dilakukan test dan tindakan yang tepat.
- b. Semua ibu hamil dilakukan tes HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dari Ante Natal Care pertama sampai menjelang persalinan
 - c. Setiap ibu hamil dengan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B mendapat pelayanan sesuai standar
 - d. Persalinan pada ibu hamil dengan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dengan tenaga kesehatan difasilitas kesehatan yang sesuai standar.
 - e. Setiap bayi yang lahir dari ibu HIV, Sifilis, dan Hepatitis B mendapat pelayanan sesuai standar.

Batas eliminasi penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B adalah <50% anak per 100.000 kelahiran hidup.

2.2.5 Strategi Mewujudkan Program Triple Eliminasi

Dalam pencapaian target program eliminasi penularan dilaksanakan pentahapan kegiatan sesuai dengan peta jalan yang meliputi tahap akses terbuka, PraEliminasi, dan Pemeliharaan. Kegiatan yang dilakukan pada peta jalan sebagai berikut :

a. Akses Terbuka

Pada tahap ini dibuka akses seluas-luasnya bagi setiap ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu lengkap yaitu timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, nilai sttus gizi, ukur tinggi fundus uteri, tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung janin (DJJ), skrining sttus imunisasi tetanus difteri (TD), beri tablet tambah darah, tes laboratorium, tatalaksana/penangan kasus, dan Konseling(Kemenkes 2021).

Kegiatan pada tahap akses terbuka dalam pelaksanaan Eliminasi penularan Meliputi:

1. Peningkatan kualitas pelayanan antenatal terpadu termasuk pemeriksaan triple eliminasi
2. Peningkatan kualitas dan kuantitas sumber daya pelayanan kesehatan yang handal
3. Peningkatan cakupan pemeriksaan triple eliminasi bagi ibu hamil, melalui :
 - a. Penyediaan layananantes HIV, Sifilis, dan Hepatitis B, termasuk kebutuhan logistik (reagen dan bahan habis pakai).
 - b. Perluasan layanan tess HIV,Sifilis, dan Hepatitis B pada jaringan dan jejaring puskesmas
 - c. Sosialisasi upaya Eliminasi Penularanm
4. Peningkatan mutu fasilitas pelayanan kesehatan
5. Pencatatan, pelaporan, dan surveilans terpadu dalam sistem informasi menggunakan identitas nasional (NIK/KTP)

b. Tahap Pra Eliminasi Penularan

Pada tahap PraEliminasi penularan kegiatan pada tahap sebelumnya tetap dilakukan dan dimulai penilaian Eliminasi Penularan dengan:

1. Memastikan seluruh provinsi, kabupaten/kota telah mendukung penyiapan Eliminasi HIV, Sifilis, dan Hepatitis Bsecara massal yang dibuktikan dengan dokumen tertentu.
2. Memastikan setiap FKTP dan FKRTL memiliki kemampuan dalam melakukan deteksi dini dan tata laksana awal.

3. Memastikan hasil catatan dan laporan akurat sebagai bukti kinerja, surveilans berbasis layanan di FKTP dan FKRTL dilaporkan
4. Pengelolaan program ditingkat kabupaten/kota, provinsi, dan pusat mampu mengompilasi dan menganalisa data berdasar individual dan melakukan tindak lanjut epidemiologis
5. Pengelola program ditingkat kabupaten/kota, provinsi, dan pusat mengatur koordinasi tugas penjangkauan dan tindak lanjut sesuai kebutuhan FKTP dan FKRTL
6. Pada tingkat pengambilan keputusan, terdapat bukti tertulis pemenuhan hak bayi untuk sehat sejak masih dalam kandungan secara sistematis.
7. Morbiditas dan mortalitas tertangani 100% dalam sistem pelayanan kesehatan dengan risiko penularan minimal.
8. Memastikan kesetaraan pelayanan kesehatan bagi setiap ibu hamil dan bayi baru lahir

c. Tahap Eliminasi Penularan

Tahap Eliminasi penularan dicapai pada tahun 2022. pada tahap eliminasi penularan, kegiatan pada tahap sebelumnya tetap dilakukan dan penilaian terhadap pelaksanaan eliminasi penularan dilakukan dengan lebih menyeluruh dengan menghitung akses pelayanan antenatal terpadu secara lengkap dan menghitung jumlah bayi terinfeksi dibandingkan total bayi lahir hidup (Kemenkes RI, 2021)

d. Tahap Pemeliharaan

Tahap pemeliharaan dilakukan pada kurun waktu tahun 2023-2025. Pada tahap pemeliharaan harus mempertahankan dan meningkatkan cakupan daerah Eliminasi Penularan, memastikan seluruh daerah kabupaten/kota, provinsi yang menyatakan eliminasi HIV, Sifilis, dan Hepatitis B mampu mempertahankan pelayanan kesehatan optimal, mencatat dan melaporkan serta mendapatkan kondisi umum surveilans berbasis layanan sesuai ketentuan. Sasaran intervensi kegiatan dalam tahap ini adalah individu kasus positif, khususnya kasus ibu hamil warga negara Indonesia yang terinfeksi yang datang dari luar wilayah/negara. Surveilans dan kohort layanan telah terlaksana dengan baik (Kemenkes RI, 2022)

2.2.6 Kewenangan Bidan terhadap Pemeriksaan Triple Eliminasi

Menurut UU nomor 4 tahun 2019 : Bidan dapat melakukan pemeriksaan triple eliminasi sebagai bagian dari program Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) untuk mencegah penularan HIV, sifilis, dan hepatitis B dari ibu ke anak:

1. Pemeriksaan triple eliminasi dilakukan sekali selama masa kehamilan.
2. Pemeriksaan wajib dilakukan pada awal kehamilan di Puskesmas.
3. Hasil pemeriksaan triple eliminasi dapat diketahui seketika setelah dilakukan pemeriksaan.
4. Ibu hamil yang hasil pemeriksaannya reaktif akan ditangani langsung oleh tim konselor HIV di Puskesmas dan dirujuk ke Rumah Sakit.

Program triple eliminasi merupakan bagian dari Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA). PPIA merupakan intervensi yang efektif untuk mencegah penularan HIV, sifilis, dan hepatitis B dari ibu ke anak.

Menurut Peraturan kementerian republik Indonesia Pasal 4 tahun 2019 Strategi program Eliminasi Penularan meliputi:

- a. peningkatan akses dan kualitas layanan kesehatan bagi ibu dan anak sesuai dengan standar
- b. peningkatan peran fasilitas pelayanan kesehatan dalam penatalaksanaan yang diperlukan untuk Eliminasi Penularan
- c. peningkatan penyediaan sumber daya di bidang kesehatan
- d. peningkatan jejaring kerja dan kemitraan serta kerja sama lintas program dan lintas sekto
- e. peningkatan peran serta masyarakat

2.3 Pengetahuan

2.3.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan (knowledge) adalah kemampuan individu untuk mengingat kembali (recall) atau mengenali kembali nama, kata, inspirasi, rumus, dan sebagainya (Widyawati, 2020). Pengetahuan merupakan hasil dari mengetahui dan akan terjadi pada saat penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan diperoleh dari penginderaan melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba (Pakpahan dkk., 2021).

Pengetahuan individu tentang suatu objek mengandung dua aspek, yaitu aspek positif dan aspek negatif. Adanya aspek positif dan aspek

negatif tersebut dapat menentukan sikap individu dalam berperilaku dan jika lebih banyak aspek dan objek positif yang diketahui dapat menimbulkan perilaku positif terhadap objek tertentu (Sinaga, 2021)

2.3.2 Tingkat pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2018) tingkat pengetahuan dibagi 6 tingkatan pengetahuan, yaitu:

a. Tahu (know)

Pengetahuan yang didapatkan seseorang sebatas hanya mengingat kembali apa yang telah dipelajari sebelumnya, sehingga dapat diartikan pengetahuan pada tahap ini adalah tingkatan paling rendah.

b. Memahami (comprehension)

Pengetahuan yang menjelaskan sebagai suatu kemampuan menjelaskan objek atau sesuatu dengan benar.

c. Aplikasi (application)

Pengetahuan yang dimiliki pada tahap ini adalah dapat mengaplikasikan atau menerapkan materi yang telah dipelajari.

d. Analisis (analysis)

Kemampuan menjabarkan suatu materi atau suatu objek ke dalam sebuah komponen-komponen yang ada kaitan satu sama lain.

e. Sintesis (synthesis)

Adalah sebuah pengetahuan yang dimiliki kemampuan seseorang dalam mengaitkan berbagai fungsi elemen atau unsur pengetahuan yang ada menjadi suatu pola baru yang lebih menyeluruh.

f. Evaluasi (evaluation)

Pengetahuan ini dimiliki pada tahap berupa kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian suatu materi atau objek.

2.3.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Sudarminta (2002) dalam Rachmawati (2019) faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah pemahaman, realitas, minat, rasa ingin tahu, pikiran dan nalar, akal sehat, dan minat manusia. Sedangkan Menurut Notoatmodjo (2016), ada faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu:

a. Tingkat pendidikan

Pendidikan ialah salah satu usaha untuk meningkatkan karakter seseorang agar orang tersebut dapat memiliki kemampuan yang baik. Pendidikan ini mempengaruhi sikap dan tata laku seseorang untuk mendewasakan melalui pengajaran.

b. Informasi

Informasi ialah suatu pengetahuan yang didapatkan dari pembelajaran, pengalaman, atau instruksi. Informasi ini juga sebenarnya dapat ditemui didalam kehidupan sehari-hari karena informasi ini bisa kita jumpai disekitar lingkungan kita baik itu keluarga, kerabat, atau medialainnya.

c. Lingkungan

Lingkungan ialah segala suatu yang ada disekitar individu, baik itu lingkungan fisik, biologis, maupun sosial.

d. Usia

Usia dapat mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia maka akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuannya semakin membaik.

2.3.4 Cara memperoleh pengetahuan

Notoatmodjo (2012) menjelaskan bahwa cara memperoleh pengetahuan dibagi menjadi 8 macam, yaitu:

- a. Mencoba (trial and error), adalah cara mencoba yang dilakukan dengan beberapa 10 kemungkinan untuk memecahkan masalah
- b. Kebetulan, adalah cara mendapatkan fakta secara kebetulan sebagai akibat tidak direncanakan
- c. Kekuasaan dan wewenang, merupakan cara memperoleh pengetahuan melalui pemegang wewenang
- d. Pengalaman pribadi, merupakan cara pemecahan masalah dengan cara mengulang-ulang pengalaman ketika memecahkan masalah di masa lalu
- e. Akal sehat (common sense), adalah cara individu memperoleh kebenaran melalui penalaran
- f. Kebenaran menerima wahyu, adalah cara memperoleh kebenaran melalui pemeluk agama

- g. Kebenaran secara naluriah, adalah cara untuk mendapatkan kebenaran tanpa menggunakan akal dan terjadi di luar kesadaran individu
- h. Metode penelitian, adalah cara untuk mendapatkan kebenaran secara sistematis, logis, dan ilmiah.

2.3.5 Pengukuran tingkat pengetahuan

Penilaian pengetahuan dilakukan dengan cara tanya jawab atau angket untuk menanyakan isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian dan responden Notoatmodjo (2012) dalam Nurmala (2018). Indikator tersebut berfungsi untuk melihat tingkat pengetahuan tentang kesehatan yang diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Pengetahuan tentang penyakit
- b. Pengetahuan tentang pemeliharaan kesehatan dan hidup sehat
- c. Pengetahuan tentang sanitasi lingkungan (Zulmiyetri, Zulmiyetri & Nurhastuti, Nurhastuti & Safarruddin, 2019).

Pertanyaan untuk mengukur pengetahuan dikelompokkan menjadi 2 jenis, yaitu :

- a. Pertanyaan subyektif tentang kemudahan
- b. Pertanyaan objektif adalah soal pilihan ganda, benar dan salah, soal berpasangan dan jawaban. Penilaian tingkat pengetahuan dapat diklasifikasikan menjadi tiga kelompok, yaitu baik ($\geq 76\%$ -100%), cukup (60%-75%), dan kurang ($\leq 60\%$) (Arikunto, 2010).

2.4 Sikap

2.4.1 Pengertian sikap

Sikap adalah keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognitif), dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya (Secord dan Backman dalam Saifuddin, 2012).

Sikap merupakan evaluasi umum yang dibuat manusia terhadap dirinya sendiri atau orang lain atas reaksi atau respon terhadap stimulus (objek) yang menimbulkan perasaan yang disertai dengan tindakan yang sesuai dengan objeknya (Randi dalam Imam, 2019).

Menurut buku A. Wawan dan Dewi (2019) mengemukakan bahwa sikap dapat diposisikan sebagai hasil evaluasi terhadap objek sikap yang diekspresikan ke dalam proses-proses kognitif, afektif (emosi) dan perilaku.

2.4.2 Ciri-ciri sikap

Ciri-ciri sikap menurut Purwanto dalam Rina (2019) adalah:

- a. Sikap bukan dibawa sejak lahir melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan itu dalam hubungan dengan objeknya. Sifat ini yang membedakannya dengan sifat motifmotif biogenis seperti lapar, haus, kebutuhan akan istirahat.
- b. Sikap dapat berubah-ubah karena itu sikap dapat dipelajari dan sikap dapat berubah pada orang-orang bila terdapat keadaankeadaan dan syarat-syarat tertentu yang mempermudah sikap orang itu.

- c. Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi senantiasa mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu objek dengan kata lain sikap itu terbentuk dipelajari atau berubah senantiasa berkenaan dengan suatu objek tertentu yang dapat dirumuskan dengan jelas.
- d. Objek sikap itu merupakan suatu hal tertentu tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut.
- e. Sikap mempunyai segi-segi motivasi dan segi-segi perasaan, sifat alamiah yang membedakan sikap dan kecakapankecakapan atau pengetahuan-pengetahuan yang dimiliki orang.

2.4.3 Tingkatan sikap

Menurut Notoadmodjo (2003) dalam buku Wawan dan Dewi (2013), sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu:

- a. Menerima (receiving)
Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).
- b. Merespon (responding)
Memberikan jawaban apabila memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi sikap karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan. Terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang tersebut menerima ide itu.

c. Menghargai (valuing)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

d. Bertanggung jawab (responsible)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah mempunyai sikap yang paling tinggi.

2.4.4 Fungsi sikap

Menurut Katz (1964) dalam buku Wawan dan Dewi (2010), sikap mempunyai beberapa fungsi, yaitu:

a. Fungsi instrumental atau fungsi penyesuaian atau fungsi manfaat

Fungsi ini berkaitan dengan sarana dan tujuan. Orang memandang sejauh mana obyek sikap dapat digunakan sebagai sarana atau alat dalam rangka mencapai tujuan. Bila obyek sikap dapat membantu seseorang dalam mencapai tujuannya, maka orang akan bersifat positif terhadap obyek tersebut. Demikian sebaliknya bila obyek sikap menghambat pencapaian tujuan, maka orang akan bersikap negatif terhadap obyek sikap yang bersangkutan.

b. Fungsi pertahanan ego

Fungsi mempertahankan ego merupakan sikap yang diambil oleh seseorang demi untuk mempertahankan ego atau akunya. Sikap ini diambil oleh seseorang pada waktu orang yang bersangkutan terancam keadaan dirinya atau egonya.

c. Fungsi ekspresi

nilai Sikap yang ada pada diri seseorang merupakan jalan bagi individu untuk mengekspresikan nilai yang ada pada dirinya. Dengan mengekspresikan diri seseorang akan mendapatkan kepuasan dapat menunjukkan kepada dirinya. Dengan individu mengambil sikap tertentu akan menggambarkan keadaan sistem nilai yang ada pada individu yang bersangkutan.

d. Fungsi pengetahuan

Individu mempunyai dorongan untuk ingin mengerti dengan pengalaman-pengalamannya. Ini berarti bila seseorang mempunyai sikap tertentu terhadap suatu obyek, menunjukkan tentang pengetahuan orang terhadap obyek sikap yang bersangkutan.

2.4.5 Komponen sikap

Menurut Azwar (2012), komponen sikap dibedakan menjadi 3, yaitu:

- a. Komponen kognitif merupakan representasi apa yang dipercayai oleh individu pemilik sikap, komponen kognitif berisi kepercayaan stereotype yang dimiliki individu mengenai sesuatu dapat disamakan penanganan (opini) terutama apabila menyangkut masalah isu atau problem yang kontroversial.
- b. Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional. Aspek emosional inilah yang biasanya berakar paling dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh yang mungkin adalah

mengubah sikap seseorang komponen afektif disamakan dengan perasaan yang dimiliki seseorang terhadap sesuatu.

- c. Komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki oleh seseorang. Dan berisi tendensi atau kecenderungan untuk bertindak/ bereaksi terhadap sesuatu dengan cara-cara tertentu dan berkaitan dengan objek yang dihadapinya adalah logis untuk mengharapkan bahwa sikap seseorang adalah dicerminkan dalam bentuk tendensi perilaku.

2.4.6 Faktor yang mempengaruhi sikap

Menurut Azwar (2013) faktor-faktor yang mempengaruhi sikap terhadap objek sikap antara lain:

- a. Pengalaman pribadi Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu, sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.
- b. Pengaruh orang lain yang dianggap penting Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

- c. Pengaruh kebudayaan Tanpa disadari kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap kita terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karna kebudayaanlah yang memberi corak pengalaman individu-individu masyarakat asuhannya.
- d. Media massa Dalam pemberitaan surat kabar maupun radio atau media komunikasi lainnya, berita yang seharusnya factual disampaikan secara objektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulisnya, akibatnya berpengaruh terhadap sikap konsumennya.
- e. Lembaga pendidikan dan lembaga agama Konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan tidaklah mengherankan jika pada gilirannya konsep tersebut mempengaruhi sikap.
- f. Faktor emosional Kadang kala, suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego.

2.4.7 Cara pengukuran sikap

Pengukuran sikap dilakukan dengan menggunakan Skala Likert.

Pernyataan positif diberi skor :

Sangat setuju (SS) : 4

Setuju (S) : 3

Tidak setuju (TS) : 2

Sangat tidak setuju (STS) : 1

Pernyataan negatif diberi skor :

Sangat setuju (SS) : 1

Setuju (S) : 2

Tidak setuju (TS) : 3

Sangat tidak setuju (STS) : 4

Menurut Azwar (2011) dalam (Maulida, 2022) cara menentukan skor sikap individu adalah dengan menghitung mean atau rata-rata nilai-nilai tersebut, yaitu:

$$X = (\sum S / F)$$

Keterangan:

X : mean atau rata-rata skor sikap

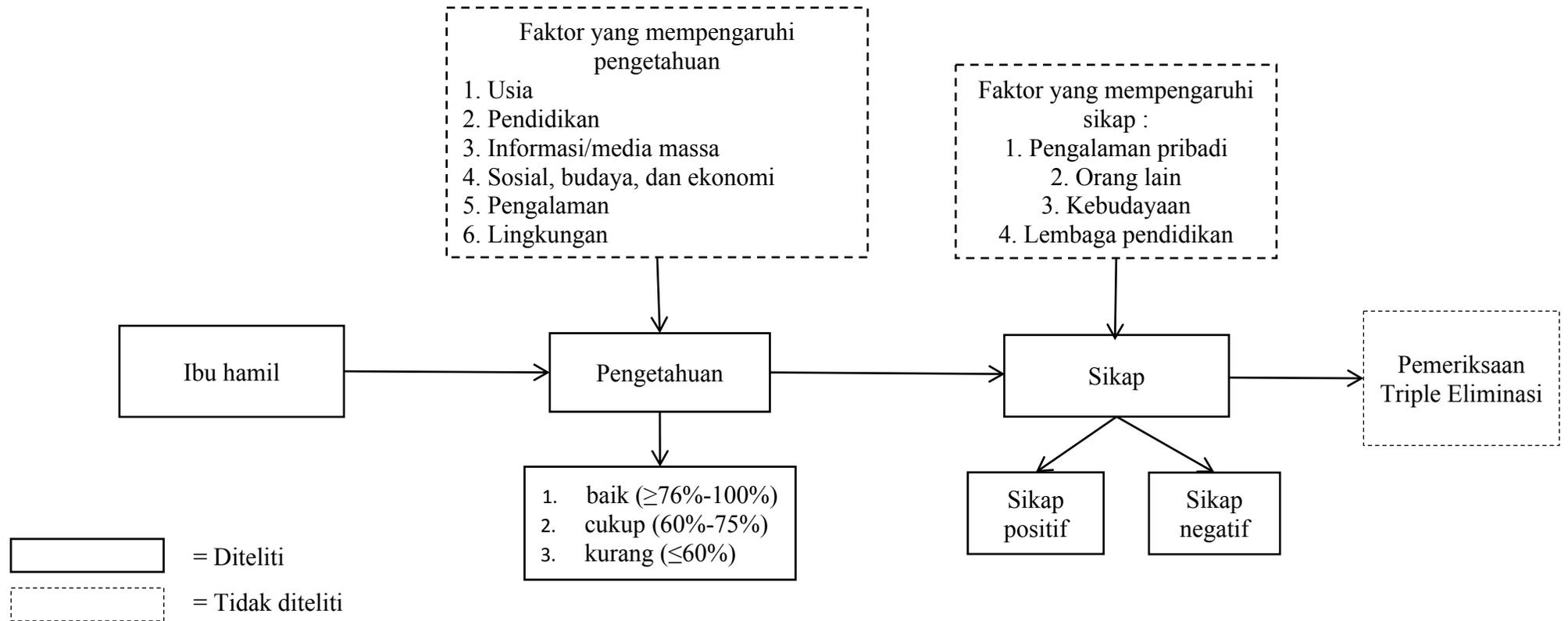
S : jumlah skor seluruh responden

F : banyak nilai

Bila Skor \geq mean = sikap positif

Bila Skor $<$ mean = sikap negatif

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Hubungan Pengetahuan dengan Sikap Ibu Hamil tentang Pemeriksaan Triple Eliminasi

2.6 Hipotesis

Hipotesis penelitian merupakan proposisi ilmiah yang dilandasi oleh kerangka konseptual penelitian dan merupakan jawaban sementara terhadap permasalahan yang dihadapi yang dapat diuji kebenarannya berdasarkan fakta empiris (Nursalam,2012)

H0 : Tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap ibu hamil tentang
Pemeriksaan Triple Eliminasi

H1 : Ada hubungan pengetahuan dengan sikap ibu hamil tentang pemeriksaan
Triple Eliminasi