

Asuhan Pertama Pasien HIV-Positif

Joel E. Gallant, MD, MPH Division of Infectious Diseases
Johns Hopkins University School of Medicine, 15 September 2005

Riwayat Medis

Selain unsur umum riwayat medis, evaluasi pertama pasien terinfeksi HIV seharusnya termasuk riwayat medis lengkap. Riwayat harus termasuk:

- Waktu tertular, bila diketahui.
- Nilai kemungkinan virus yang tertular adalah resistan, bila sumbernya diketahui.
- Tentukan apakah pasangan seksual dan/atau pengguna narkoba diberi tahu.
- Pertanyaan terkait risiko infeksi laten dengan patogen yang mungkin dapat menghasilkan reaktivasi penyakit, misalnya *Mycobacterium tuberculosis*, dan virus varicella zoster, termasuk riwayat perjalanan dan pertanyaan mengenai daerah tinggal (mis. daerah endemis Histoplasma dan Coccidioide).
- Riwayat seksual, dengan pertanyaan mengenai infeksi menular seksual sebelumnya dan perilaku seksual sekarang, termasuk penggunaan kondom dan bentuk KB lain (pasien dengan penurunan pada libido atau kemampuan seksual sebaiknya diskriming untuk depresi dan hipogonadisme).
- Riwayat penggunaan narkoba/zat lain, termasuk pertanyaan mengenai perilaku penggunaan narkoba dan alkohol yang mungkin memudahkan secara langsung atau tidak langsung penularan lanjut infeksi HIV.
- Skrining untuk depresi dan kelainan afektif lain.
- Riwayat keluarga, terutama terkait penyakit *coronary artery* dan diabetes, yang dapat diperburuk oleh beberapa obat antiretroviral (ARV).
- Tinjau sistem terbidik pada gejala penyakit HIV yang berlanjut, misalnya demam, keringat malam, kehilangan berat badan, diare, dan perwujudan mulut atau kulit penyakit HIV.
- Daftar obat seharusnya termasuk obat tanpa resep, obat yang jarang dipakai, metadon, dan suplemen makanan atau jamu, beberapa di antaranya ditunjukkan berinteraksi dengan ARV.

Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik lengkap harus dilakukan sebagai bagian dari penilaian pertama. Unsur penting termasuk:

- Pemeriksaan funduskop, terutama pada pasien dengan penyakit HIV lanjut (mis. CD4 <100) sebagai skrining untuk retinitis CMV.
- Pemeriksaan mulut untuk mencari kandidiasis, *oral hairy leukoplakia*, penyakit gusi.
- Kelenjar getah bening: limfadenopati generalisata tidak membantu penilaian status kekebalan atau kebutuhan akan terapi; kelenjar yang asimetris (kiri-kanan tidak sama) atau yang cepat membesar dapat menunjukkan infeksi atau kanker yang mendasari.
- Pemeriksaan kelamin dan dubur untuk mencari luka dalam atau luar misalnya herpes atau kondilomata
- Pemeriksaan neurologis harus termasuk penilaian fungsi saraf perifer.
- Pemeriksaan kulit untuk mencari lesi kulit terkait HIV yang bermakna, termasuk dermatitis seboroica, psoriasis, folikulitis, sarkoma Kaposi, kutil umum, dan moluskum contagiosum.

Penilaian Laboratorium Awal

Penilaian pertama pasien terinfeksi HIV meliputi sejumlah tes laboratorium awal. Indikasi dan dasar pemikiran untuk tes ini dibahas di bawah.

- Jumlah sel CD4: Untuk menilai stadium penyakit dan indikasi untuk terapi ARV (ART). Jumlah CD8 dan rasio CD4/CD8 tidak dibutuhkan, karena keputusan klinis dibuat hanya berdasarkan jumlah CD4 mutlak dan persentase CD4.
- RNA HIV-1 plasma (*viral load*): Untuk konfirmasi infeksi HIV dan menilai tingginya replikasi virus. *Viral load* yang lebih tinggi memprediksikan kemerosotan lebih cepat pada jumlah CD4, dan ada bukti yang mendukung ART pada pasien dengan *viral load* yang tinggi tanpa diperhatikan jumlah CD4.

- Serologi HIV: Tes HIV sebaiknya diulang bila diagnosis HIV belum yakin ditentukan (mis. pasien dengan hanya satu hasil tes HIV yang reaktif dan dengan jumlah CD4 yang normal serta *viral load* yang rendah atau tidak terdeteksi).
- Tes resistansi HIV: Mutan resistan yang tertular dapat bertahan selama beberapa tahun setelah terinfeksi, dan hal ini mendukung penggunaan tes awal secara luas. Tes sebaiknya dilakukan sedini mungkin, tidak menghiraukan apakah pasien segera membutuhkan ART. Pilihan terbaik adalah tes genotipe, karena lebih murah dan lebih mungkin mendeteksi mutan resistan yang berada dengan tingkat rendah (mis. populasi virus minoritas) dibandingkan dengan tes fenotipe.
- Tes darah lengkap (TDL) dengan diferensial: Untuk menilai anemia, leukopenia, atau trombositopenia: keadaan umum pada pasien terinfeksi HIV, yang membutuhkan penilaian lebih lanjut dan dapat mempengaruhi pilihan ARV.
- Panel kimia: Terutama untuk menilai fungsi ginjal dan mencari tanda hepatitis. Protein total yang tinggi adalah umum karena gamapati poliklonal (*polyclonal gammopathy*) terkait HIV, dan tidak membutuhkan penilaian lanjut asal tidak parah. Hasil albumin rendah memberi kesan bahwa penyakit lebih lanjut dengan malagizi atau enteropati hilang protein (*protein-losing enteropathy*).
- Analisis urin: Timbangkan tes pada awal, terutama pada pasien kulit hitam yang berisiko nefropati terkait HIV, yang dapat dilihat sebagai proteinuria.
- Serologi sifilis nontreponemal: Konfirmasikan serologi positif dengan tes serologi treponemal, karena hasil positif palsu biologis adalah umum, terutama di antara pengguna narkoba suntikan (IDU). Timbangkan LP pada pasien dengan hasil pemeriksaan neurologis yang abnormal, sifilis lanjut laten, sifilis jangka waktu tidak jelas, kegagalan pengobatan, atau pasien yang tidak dapat diobati dengan penisilin.
- Skrining untuk infeksi menular seksual (IMS) lain: Tes *nucleic acid amplification* atau *hybridization* untuk gonorea dan Chlamydia pada pasien berisiko. Pemeriksaan leher rahim harus termasuk *wet mount* untuk mencari tanda vaginitis Trichomonas.
- Hepatitis B dan HbsAg: Kesampingkan hepatitis B kronis. HbsAg dan mungkin anti-HBc: untuk menilai kebutuhan akan vaksinasi HBV. Pasien dengan anti-HBs positif dan HbsAg dan HbsAb negatif harus diskriminasi untuk infeksi kronis dengan DNA HBV PCR.
- Hepatitis C: Semua pasien dengan antibodi HCV harus diskriminasi. Mengukur RNA HCV untuk konfirmasi infeksi kronis pada orang seropositif dan yang seronegatif berisiko tinggi atau dengan tingkat transaminas abnormal. Pasien dengan hepatitis C harus dinilai lanjut bila mereka calon untuk pengobatan: genotipe HCV, penggambaran hati, AFP, dan biopsi hati.
- Hepatitis A: Tes total antibodi HAV untuk menilai kebutuhan akan vaksinasi, terutama pada pasien berisiko dan mereka dengan hepatitis B atau C kronis.
- Anti-Toksoplasma IgG: Untuk menentukan infeksi laten dengan *T gondii*. Orang hasil negatif harus diberikan konseling agar menghindari kontak dengan kotoran kucing dan daging kurang masak. Orang hasil positif harus diberikan profilaksis bila jumlah CD4 turun di bawah 100.
- Anti-CMV IgG: Kadang kala diusulkan untuk menilai terhadap infeksi CMV laten. Orang hasil negatif harus diberikan konseling agar menghindari infeksi CMV dengan melakukan seks aman dan menerima produk darah yang CMV-negatif atau *leukocyte-reduced*. Tidak ada usulan khusus untuk orang dengan hasil positif. Karena infeksi CMV laten begitu umum, beberapa kelompok mengusulkan tes CMV hanya pada pasien yang dianggap berisiko rendah terhadap infeksi CMV.
- Anti-varicella IgG: Timbangkan pada pasien tanpa riwayat cacar air atau herpes zoster untuk mengetahui mereka yang membutuhkan varicella zoster immune globulin (VZIG) bila terjadi pajanan.
- Glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD): Timbangkan tes awal pada pasien berisiko kekurangan (mis. keturunan Afrika atau Laut Tengah), karena risiko hemolisis dengan obat oksidan (mis. dapson, primakuin atau sulfonamid).
- Panel lipid puasa: Untuk menilai profil lipid sebelum mulai ARV, banyak di antaranya dapat meningkatkan tingkat kolesterol dan trigliserid. Dapat mempengaruhi pilihan rejimen ART pertama.
- Tingkat testosteron: Timbangkan pada laki-laki dengan kelelahan, kehilangan berat badan, atau perubahan pada libido atau kemampuan seksual. Paling akurat bila dilakukan pada pagi.

Tes Awal Lain

- Tes Pap vagina atau dubur: Sebagai skrining untuk displasia disebabkan oleh human papillomavirus (HPV). Menindaklanjuti hasil abnormal dengan kolposkopi. Dukungan semakin besar untuk tes Pap dubur, terutama pada perempuan dan laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (MSM), untuk mencari keberadaan displasi anal. Menindaklanjuti hasil abnormal dengan anoskopi *high-resolution*, dengan biopsi untuk lesi yang dicurigai.
- Tes kulit tuberkulosis (PPD): Indurasi lebih dari 5mm dianggap positif, dan adalah indikasi untuk pengobatan infeksi laten setelah TB aktif dikesampingkan.
- Rontgen dada: Dapat dipertimbangkan untuk membentuk gambar awal untuk perbandingan nanti, dan untuk mengesampingkan TB subklinis.
- Pemeriksaan fundoskop *dilated*: Timbangkan pada pasien dengan jumlah CD4 di bawah 50-100 untuk skrining terhadap retinitis CMV.

Vaksinasi

Efektivitas vaksinasi tergantung pada jumlah CD4. Menunda vaksinasi pada pasien dengan jumlah CD4 yang rendah dan akan mulai ART. Vaksinasi adalah pilihan untuk pasien dengan jumlah CD4 yang rendah (mis. di bawah 200) walaupun memakai ART.

- Vaksin Pneumococcal polysaccharide: Pada awal dan setiap 5-6 tahun karena risiko penyakit pneumokokkal lebih tinggi, walau data efektivitas bertentangan.
- Vaksin flu: Umumnya diusulkan setiap musim gugur untuk pasien terinfeksi HIV.
- Tetanus toksoid: Mengikuti pedoman baku untuk orang dewasa HIV-negatif.
- Vaksin hepatitis B: Berindikasi untuk semua pasien terinfeksi HIV dengan risiko terus-menerus yang tidak kebal.
- Vaksin hepatitis A: Berindikasi untuk pasien berisiko yang tidak kebal dan mereka dengan HCV karena risiko hepatitis fulminan. Timbangkan untuk semua pasien terinfeksi HIV yang tidak kebal.
- Vaksin Haemophilus influenzae tipe b: Tidak berindikasi untuk orang dewasa terinfeksi HIV, karena kebanyakan kasus penyakit terkait H influenzae pada populasi ini disebabkan oleh jenis non-tipe b.

Mulai ART

Sesuai dengan pedoman yang berlaku. [Catatan: kami tidak menerjemahkan yang asli karena jelas akan ikut pedoman nasional]

Profilkasis Infeksi Oportunistik

Pasien dengan penyakit lanjut dapat membutuhkan profilaksi infeksi oportunistik (IO):

- CD4 <200: Profilaksis PCP dengan kotrimoksazol (pilihan lain: dapson, pentamidin aerosoliz, dan atovakuon).
- CD4 <100 dan anti-Toksoplasma IgG positif: Profilaksis toksoplasmosis dengan kotrimoksazol (pilihan lain: dapson plus pirimetamin).
- CD4 <50: Profilaksis MAC dengan azitromisin sekali seminggu atau klaritromisin sekali sehari.
- Profilaksis primer terhadap infeksi jamur atau virus umumnya tidak diusulkan.

Masalah Lain:

Penilaian kesehatan mental: Nilai untuk depresi dan kelainan suasana hati lain, serta kesulitan menghadapi masalah. Timbangkan terapi antidepresi dan/atau rujuk pada spesialis kesehatan mental atau kelompok dukungan sesuai indikasi.

Penggunaan zat: Nilai kebutuhan akan dan minat untuk terapi penggunaan zat.

Manajemen kasus: Untuk mengetahui kebutuhan psikososial, memudahkan rujukan, mendorong kepatuhan, dan permohonan untuk dukungan kesejahteraan.

Laporan dan notifikasi pasangan: Laporkan kasus AIDS (atau infeksi HIV) berdasarkan peraturan yang berlaku. Notifikasi pasangan juga berdasarkan peraturan.

Instruksi terdahulu (*‘Living Will’*): Lebih baik membahas masalah ini secara dini dan berkala daripada menunggu peristiwa klinis atau kemerosotan CD4.

Bimbingan/pendidikan dan konseling: Nilai pemahaman pasien mengenai riwayat alamiah HIV, indikasi untuk ART, manfaat terapi, pentingnya kepatuhan, dan membimbing sesuai kebutuhan. Memberi konseling mengenai pengurangan risiko, potensi untuk infeksi ulang, dll.

Asuhan Primer vs. Asuhan Spesialis: Kebutuhan akan asuhan oleh para ahli sudah dibuktikan. Asuhan ahli terkait dengan tahan hidup lebih lama, kerumahsakitannya yang dikurangi, dan biaya lebih rendah dibandingkan asuhan oleh dokter umum. “Spesialis HIV” dapat berasal dari spesialis penyakit menular, atau dokter umum dengan pengalaman HIV yang luas serta pelatihan terus-menerus. Model untuk asuhan ahli termasuk:

- Asuhan primer oleh spesialis HIV
- Asuhan primer oleh dokter umum dengan asuhan/konsultasi/penatalaksanaan bersama secara berkala oleh ahli
- Asuhan primer dan HIV oleh dokter umum dengan konsultasi berkala oleh ahli, termasuk kontak telepon/E-mail (berguna untuk daerah pedesaan atau daerah tanpa akses mudah pada ahli)

Referensi

Aberg JA, Gallant JE, Anderson J, Oleske JM, Libman H, Currier JS, Stone VS, Kaplan JE. Primary Care Guidelines for the Management of Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus: Recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Disease Society of America. *Clin Infect Dis* 2004;39:609-29.

Bartlett JG, Gallant JE. 2004 Medical Management of HIV Infection. Baltimore: Johns Hopkins Medicine Health Publishing Business Group, 2004.