

---

**MANIFESTASI ORAL PADA PASIEN TERINFEKSI VIRUS  
HIV/AIDS****(ORAL MANIFESTATION OF HIV INFECTION)****Sri Ramayanti<sup>1</sup>**

---

**Abstrak**

*Acquired immune deficiency syndrome (AIDS) merupakan penyakit epidemi meningkat di seluruh dunia. Kasus pertama AIDS di Indonesia ditemukan pada tahun 1987 di Bali, tetapi penyebaran HIV di Indonesia meningkat setelah tahun 1995. Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan sampai pada tahun 2012 ditemukan kasus HIV sebanyak 21.511 orang dan AIDS sebanyak 5.686 orang serta jumlah penderita yang meninggal dunia sebanyak 1.146 orang. Studi pustaka ini bertujuan untuk menggambarkan manifestasi oral pada pasien yang terinfeksi HIV dan penatalaksanaannya. Lesi oral yang paling sering ditemukan pada pasien yang terinfeksi HIV adalah kandidiasis. Lesi oral yang lain yang mungkin ditemukan yaitu necrotizing ulcerative gingivitis, linear gingival erythema, hairy leukoplakia, sarkoma kaposi, infeksi Herpes Simplek Virus, Recurrent Aphthous Ulcers, Virus Varicella Zoster (VZV), Citomegalo Virus (CMV), Virus Papiloma Manusia (HPV), Kondiloma Akumulatum, Limfoma Sel-B Non Hodgkins dan Karsinoma Sel Squamosa, dan Sarkoma Kaposi. Penatalaksanaan yang terbaik adalah melalui tindakan pencegahan dan pemeriksaan gigi mulut secara rutin untuk mempertahankan kesehatan dan mencapai kualitas hidup yang lebih baik.*

**Kata kunci :** Infeksi HIV, manifestasi oral

---

**Abstract**

*Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) epidemic is increasing all over the world. The first AIDS case in Indonesia was found in 1987 in Bali, but the spread of HIV in Indonesia increased after 1995. Based on data from the Ministry of Health until the year 2012 as many as 21 511 cases of HIV and AIDS as many as 5,686 people and the number of patients who died as many as 1,146 people. This literature study aims to describe the oral manifestations in HIV-infected patients and its management. Oral lesions are most commonly found in HIV-infected patients is candidiasis. Other oral lesions that might be found that necrotizing ulcerative gingivitis, linear gingival erythema, hairy leukoplakia, Kaposi's sarcoma, herpes simplex virus infections, Recurrent Aphthous Ulcers, Varicella Zoster Virus (VZV), Citomegalo Virus (CMV), Human Papilloma Virus (HPV), Condyloma Akumulatum, Lymphoma Non-Hodgkins B-cell and squamous cell carcinoma, and Sarcoma Kaposi. The best management is through preventive measures and oral routine exam to maintain oral health and achieve a better quality of life.*

**Keywords:** HIV infection, oral manifestations

---

<sup>1</sup> Staf Pengajar Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Andalas

## PENDAHULUAN

*Acquired immune deficiency syndrome* (AIDS) merupakan penyakit epidemi meningkat di seluruh dunia tanpa perawatan pasti. AIDS pertama kali ditemukan pada tahun 1981 di Los Angeles, namun secara resmi *Centers for Disease Control* (CDC) baru mengumumkan istilah tersebut pada tahun 1982 dimana telah terdapat 593 kasus.<sup>1, 2</sup> Kasus pertama AIDS di Indonesia ditemukan pada tahun 1987 di Bali, tetapi penyebaran HIV di Indonesia meningkat setelah tahun 1995.<sup>3</sup> Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan, pada tahun 2012 ditemukan kasus HIV sebanyak 21.511 orang dan AIDS sebanyak 5.686 orang serta jumlah penderita yang meninggal dunia sebanyak 1.146 orang.<sup>4</sup> AIDS merupakan penyakit baru dengan angka kematian yang tinggi, karena jumlah penderita meningkat dalam waktu singkat dan sampai sekarang belum dapat ditanggulangi dengan tuntas.

*Acquired immune deficiency syndrome* (AIDS) adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh *Human Immuno Deficiency Virus* yang dahulu disebut *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV) yang kemudian di Amerika Serikat bernama *Human T-Cell Leukemia Virus III* (HTLV-III). HTLV-III disebut

juga *Human T-Cell Lymphotropic Virus* (suatu retrovirus). Setelah melalui perdebatan yang panjang, penyebab AIDS kemudian ditetapkan sebagai HIV untuk menggantikan LAV dan HTLV. Sampai saat ini telah ditemukan 2 subtipe HIV yaitu HIV-1 dan HIV-2. Kedua virus tersebut dapat menyebabkan AIDS, namun perjalanan penyakit yang disebabkan oleh HIV-2 berlangsung lebih lama.<sup>2, 5</sup> Virus tersebut menyebar di dalam darah, air mata, saliva, air susu, cairan spinal, sekresi vagina dan cairan semen dari orang yang terinfeksi dan menyebar terutama melalui kontak seksual, darah, atau produk-produk darah, transplantasi organ, atau secara perinatal.<sup>6</sup>

Virus HIV dikenal sebagai virus limfadenopati atau virus limfotropik sel T. HIV mempunyai kemampuan melekat dan membunuh limfosit CD4 sehingga mengurangi imunitas humoral dan imunitas yang diperantarai sel. Untuk berada dalam tubuh manusia HIV harus langsung masuk ke dalam aliran darah. Di luar tubuh manusia HIV cepat mati oleh air panas, sabun, dan bahan pencuci hama. Jangka waktu antara kontak awal sampai munculnya infeksi bervariasi. Umumnya berkisar antara 3-6 bulan setelah terpapar. Orang-orang yang terinfeksi HIV biasanya menunjukkan limfadenopati menyeluruh dan menetap

(PGL) yang kemudian diikuti oleh *AIDS-related complex* (ARC). Hal tersebut ditandai oleh limfadenopati, kelelahan, penurunan berat badan, demam, diare, alergi kulit, kandidiasis oral, hairy leukoplakia, dan virus herpes rekuren.<sup>1</sup>

Melihat jumlah penderita HIV/AIDS yang makin meningkat, dokter gigi memiliki kemungkinan besar untuk menjumpai penderita HIV/AIDS yang belum terdiagnosis selama memberikan pelayanan kesehatan gigi. Manifestasi oral pada penderita HIV/AIDS ini sangat penting untuk diketahui karena seringkali merupakan indikasi klinis pertama bahwa seseorang terinfeksi HIV atau anggota keluarga lainnya telah terinfeksi HIV.<sup>7</sup>

## PEMBAHASAN

### Epidemiologi

Populasi yang mempunyai risiko tinggi tertular AIDS diantaranya :<sup>1, 2, 5, 8</sup>

1. Pria homoseksual
2. Heteroseksual
3. Wanita tuna susila
4. Pengguna obat suntikan
5. Penerima transfusi darah
6. Penerima transplantasi jaringan
7. Penderita hemofilia
8. Bayi yang lahir dari ibu yang menderita AIDS atau resiko tinggi
9. Petugas kesehatan yang berhubungan dengan alat atau instrumen yang

kemungkinan besar terjadi trauma atau jejas

### Diagnosis Klinis

Infeksi HIV-1 dapat diketahui melalui metode sebagai berikut :<sup>5, 8</sup>

1. Deteksi serum antibodi dari 1 atau lebih protein sel yang terinfeksi HIV-1
2. Deteksi dari spiral antigen darah atau jaringan pasien, menggunakan antibodi monoklonal atau poliklonal yang diarahkan melawan antigen spiral spesifik.
3. Co-cultivation darah atau jaringan dari sel mononuklear darah perifer yang terinfeksi berasal dari donor HIV-1 negatif, dan hingga sekarang masih sering digunakan.

Diagnosis laboratorium dapat dilakukan dengan 2 (dua) cara :<sup>2</sup>

1. Cara langsung, yaitu isolasi virus dari sampel spesimen darah atau jaringan. Umumnya dengan menggunakan mikroskop elektron dan deteksi antigen virus. Salah satu cara deteksi antigen virus adalah *Polymerase Chain Reaction* (PCR).
2. Cara tidak langsung, yaitu dengan melihat respon zat anti spesifik dengan melakukan tes klinis, misalnya :

- a. ELISA, biasanya memberikan hasil positif setelah 3 – 6 bulan terinfeksi.
- b. Western Blot. Pemeriksaannya cukup sulit, mahal, dan memerlukan waktu sekitar 24 jam. Mutlak diperlukan untuk konfirmasi hasil ELISA positif.

Jika hasil tersebut positif, menunjukkan bahwa orang tersebut mempunyai antibodi terhadap HIV, berarti orang tersebut terinfeksi HIV dan dapat menularkannya pada orang lain. Jika hasil tes tersebut negatif, orang tersebut tidak terinfeksi HIV, atau terinfeksi HIV tetapi tes tersebut dilakukan pada “periode jendela” (*window period*) yaitu 0 – 6 bulan sejak orang tersebut terinfeksi HIV. Sebaiknya tes diulangi lagi setelah 3 – 6 bulan untuk memastikan.<sup>5, 8</sup>

### Manifestasi Klinis

Penderita yang mengidap HIV dikategorikan menjadi 4 kelompok, yaitu :<sup>1, 2</sup>

1. Individu dengan antibodi HIV positif, namun asimtomatik dan tidak menunjukkan kelainan dalam pemeriksaan.
2. Individu dengan antibodi HIV positif, ditambah perubahan laboratorium minor dan bisa juga menunjukkan kelainan-kelainan seperti pembengkakan nodus limfatikus, berkeringat malam hari, kehilangan berat badan, dan lain-lain.
3. Individu dengan ARC. Antibodi HIV positif, dan menunjukkan limfadenopati, berkeringat malam hari, kehilangan berat badan, demam, malaise, dan diare.
4. Individu dengan AIDS termasuk Sarkoma Kaposi, sindrom SSP disertai infeksi oportunistik yang mengancam hidup. Dapat menunjukkan limfadenopati general dengan penurunan berat badan drastis, kelelahan, diare kronis, demam kronis, dan berkeringat di malam hari.

### Manifestasi Oral

#### Kandidiasis Oral

Kandidiasis oral seringkali merupakan gejala awal dari infeksi HIV. Faktor utama etiologi kandidiasis oral adalah jamur *Candida albicans*, meskipun spesies lain dari *Candida* dapat terlibat. Prevalensi yang dilaporkan bervariasi secara luas, sampai setinggi 72% pada anak-anak dan 94% pada orang dewasa. Kandidiasis oral yang dapat dibedakan menjadi 4 (empat) bentuk, yaitu : pseudomembranosis (Gambar 1),

eritematus (atropik), hiperplastik, dan keilitis angularis. Jumlah *Candida albicans* dalam saliva pada penderita HIV positif dan tampaknya meningkat bersamaan dengan menurunnya rasio limfosit CD4 : CD8. Jenis pseudomembranosus tampak sebagai membran putih atau kuning yang melekat dan dapat dikelupas dengan jalan mengeroknya, meninggalkan mukosa eritematus di bawahnya. Keadaan ini dapat mengenai mukosa dimana saja, tetapi lidah dan palatum lunak adalah daerah yang paling sering terkena. Kondisi ini biasanya akut, tetapi pada penderita HIV bisa bertahan beberapa bulan. Bentuk eritematus ditandai oleh daerah merah dan gundul pada bagian dorsum lidah. Kandidosis hiperplastik kronis pada HIV merupakan sub tipe yang paling langka, tetapi dapat menimbulkan bercak putih pada mukosa bukal. Tipe ini harus dibedakan dengan hairy leukoplakia, yang seringkali mengandung kandida pada permukaannya. Semua jenis kandidosis dapat diikuti dengan terjadinya keilitis angularis yang tampak sebagai fisur merah dan sakit pada sudut mulut, terutama pada penderita HIV positif.<sup>6, 9, 10</sup>



**Gambar 1.** Pseudomembranous candidiasis pada penderita AIDS<sup>6</sup>

Terapi kandidosis oral pada penderita HIV positif terdiri atas pemberian obat-obat topikal, seperti nystatin atau amphotericin B, walaupun obat-obat tersebut kurang efektif dan gejala dapat kambuh lagi. Selain itu, dapat pula dilakukan terapi sistemik dengan ketoconazole, fluconazole atau itraconazole. Penggunaan obat-obat sistemik tersebut sangat efektif tetapi terjadi kekebalan diantara beberapa strain kandida perlu diwaspadai.<sup>5, 9, 10</sup>

### **Oral Hairy Leukoplakia**

*Oral hairy leukoplakia* (OHL) lebih umum terjadi pada orang dewasa yang terinfeksi HIV daripada anak yang terinfeksi HIV. Prevalensi OHL pada orang dewasa adalah sekitar 20% -25%, meningkat dengan CD4 + menurun jumlah limfosit, sedangkan pada anak prevalensinya sekitar 2% -3%. Kehadiran OHL adalah tanda imunosupresi berat.<sup>10</sup> OHL merupakan lesi putih, tidak

berbatas jelas, berkerut, menonjol pada tepi lateral lidah dan berkaitan dengan virus Epstein Barr dan infeksi HIV. Lesi awal tampak sebagai plak vertikal, putih, besar, pada tepi lateral lidah, dan umumnya bilateral. Lesi-lesi tersebut dapat menutup permukaan lateral dan dorsal lidah, meluas ke mukosa pipi dan palatum (Gambar 2). Lesi tersebut tanpa gejala dan tidak dapat dihapus, serta mengganggu estetika. Bukti histologi tampak tonjolan mirip rambut hiperkeratotik, kolisitosis, sedikit radang dan infeksi kandida. Hal ini sangat penting karena dapat digunakan untuk meramalkan perkembangan AIDS.<sup>5,9,11</sup>

OHL biasanya tidak memerlukan pengobatan apapun, tetapi dalam kasus yang parah dianjurkan untuk memberikan antiviral sistemik. Ketika OHL dikaitkan dengan kandidiasis oral, manajemen terapi kandidiasis oral diperlukan.<sup>10</sup>



**Gambar 2.** Oral Hairy Leukoplakia pada penderita AIDS<sup>6</sup>

### ***HIV-Associated Periodontal Disease***

Penyakit periodontal merupakan penyakit umum di antara pasien yang terinfeksi HIV. Hal ini ditandai dengan gusi berdarah, bau mulut, nyeri / ketidaknyamanan, gigi goyang, dan kadang-kadang luka. Prevalensi luas berkisar antara 0% dan 50%. Jika tidak diobati, *HIV-Associated Periodontal Disease* dapat berkembang menjadi infeksi yang mengancam jiwa, seperti angina ludwig dan noma (cancrum oris). Gambaran klinis dari *HIV-Associated Periodontal Disease* terdiri dari 4 (empat) bentuk yaitu:

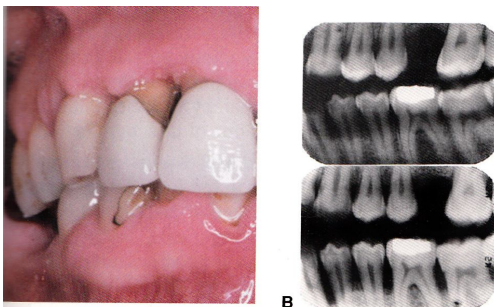
1. *Linear gingival erythema* ditandai dengan terdapatnya garis merah sebesar 2-3 mm sepanjang marginal gingiva, berhubungan dengan eritema difus pada *attached gingiva* dan mukosa mulut. Perawatannya dapat dilakukan scaling dan root planning serta penggunaan chlorhexidin gluconat 0,5 oz dikumur selama 30 detik dan dibuang setiap 12 jam.<sup>10</sup>
2. NUG lebih sering terjadi pada orang dewasa dibandingkan anak. Hal ini ditandai dengan adanya ulserasi, pengelupasan, dan nekrosis satu atau lebih papila

interdental, disertai rasa sakit, pendarahan, dan halitosis berbau busuk (Gambar 3). Terapi dengan debridement saja atau dikombinasi dengan metronidazol jika terdapat demam, malaise, dan anoreksia.<sup>6,9</sup>



**Gambar 3.** Necrotizing Ulseratif Gingivitis<sup>6</sup>

3. NUP ditandai hilangnya jaringan lunak dan gigi secara luas dan cepat (Gambar 4).<sup>10</sup>



**Gambar 4.** Kehilangan tulang Anterior dan posterior pada Necrotizing Ulseratif Periodontitis<sup>6</sup>

4. Necrotizing Stomatitis merupakan kelanjutan yang parah dari NUP yang tidak diobati. Hal ini

ditandai dengan lesi ulceronecrotic akut dan sakit pada mukosa oral yang menyebabkan terbukanya tulang alveolar.<sup>10</sup>

Pengelolaan dan pengendalian *HIV-Associated Periodontal Disease* dimulai dengan menjaga kebersihan mulut yang baik setiap hari. Hal tersebut dapat dilakukan dengan menyikat gigi, flossing dan penggunaan obat kumur yang merupakan cara yang efektif untuk mencegah dan mengendalikan penyakit periodontal.<sup>10</sup>

### ***Herpes Simplex Virus (HSV)***

Infeksi (*HSV*) dapat bersifat primer (herpes gingivostomatitis) atau sekunder (herpes labialis). Prevalensi infeksi HSV oral bervariasi antara 10% dan 35% pada orang dewasa dan anak-anak yang terinfeksi HIV. Adanya infeksi HSV selama lebih dari 1 bulan merupakan suatu gejala terjadinya AIDS. Virus ini terdapat dalam jumlah yang besar pada penyakit mulut yang diderita oleh pasien AIDS. Infeksi HSV membentuk sekelompok vesikel biasanya terlokalisasi yang terjadi pada mukosa berkeratin (palatum keras, gingiva) dan batas vermillion bibir dan kulit perioral. Vesikel pecah dan membentuk luka yang menyakitkan tidak teratur dan seringkali terjadi penggabungan vesikel-vesikel

tersebut menjadi ulkus yang besar. Hal ini menyebabkan terganggunya proses pengunyahan dan penelanan yang akan mengakibatkan terjadinya penurunan asupan oral dan dehidrasi.<sup>9, 10</sup> Pengobatan dilakukan dengan terapi sistemik acyclovir 800mg peroral setiap 4 jam selama 10 hari. Pada kasus resisten acyclovir bisa digunakan foscarnet 24-40mg/kg peroral setiap 8 jam. Obat antivirus topical dapat digunakan untuk lesi herpes labial dan perioral. Pengobatan ini lebih efektif jika dilakukan dalam tahap infeksi prodromal.<sup>10</sup>

### ***Recurrent Aphthous Ulcers***

Ini terjadi pada sekitar 1% -7% dari pasien yang terinfeksi HIV. Ditandai dengan ulser yang sakit pada mukosa oral tidak berkeratin, seperti mukosa labial dan bukal, langit-langit lunak, dan ventral lidah. Lesi aphthous berulang yang parah biasanya terjadi bila jumlah limfosit CD4<sup>+</sup> kurang dari 100 sel / uL. Gambaran klinisnya bisa berupa ulser minor, mayor atau herpetiform. Ulkus Aphthous kecil adalah ulkus kurang dari 5 mm ditutupi oleh pseudomembran dan dikelilingi oleh halo eritematosa. Biasanya sembuh secara spontan tanpa jaringan parut. Ulkus aphthous besar menyerupai ulkus aphthous kecil, tetapi

jumlahnya lebih sedikit dan ukuran lebih besar dengan diameter (1-3 cm), lebih sakit serta bertahan lebih lama. Ulkus ini mengganggu pengunyahan, menelan, dan berbicara. Penyembuhan terjadi lebih 2-6 minggu. Ulkus aphthous herpetiform berupa lesi kecil (1-2 mm) yang tersebar di langit-langit lunak, amandel, lidah, dan mukosa bukal. Pengobatan. Pengobatan awal bagi kasus ini adalah kontrol nyeri dan pencegahan superinfeksi. Pengobatan secara topikal dengan pasta triamcinolon 0,1%, bethametason fosfat, fluocinonide 0,05%, dexamethasone elixir 0,5mg/ml.<sup>10</sup>

### ***Virus Varicella Zoster (VZV)***

Lebih sering kambuh pada pasien HIV positif daripada pasien biasa. Gambaran klinisnya sama, tetapi prognosinya lebih buruk pada pasien immunosupresi. VZV menimbulkan vesikel multipel yang terletak pada batang tubuh atau wajah secara unilateral dan biasanya sembuh sendiri dan unilateral. Vesikel-vesikel kepala dijumpai disepanjang cabang saraf trigeminus, baik intra maupun ekstra oral. Pembentukan vesikel, gabungan vesikel, ulkus, dan terbentuknya sisik adalah khas pada infeksi VZV. Sakit menyayat adalah gejala utamanya, dapat menetap sebagai post herpetik neuralgia. Terapi dengan acyclovir seringkali digunakan untuk



mempercepat penyembuhan dan meringankan gejala.<sup>6,9</sup>

### ***Citomegalo Virus (CMV)***

CMV terdapat hampir 100 % pada pria homoseksual HIV positif dan hampir 10 % anak-anak pada AIDS. Virus ini mempunyai predileksi untuk jaringan kelenjar saliva dan dijumpai dalam saliva pasien. Perubahan peradangan meliputi pembengkakan kelenjar parotis unilateral dan bilateral serta xerostomia. Lesi oral tidak spesifik dan bisa terjadi pada semua mukosa.<sup>6, 8, 9</sup>

### ***Virus Papiloma Manusia (HPV)***

HPV sering dijumpai pada orang yang terinfeksi HIV. Telah dikenal lebih dari 65 serotipe, dengan berbagai lesi mukokutan, seperti papiloma squamosa, veruka vulgaris, hiperplasia epitel fokal (penyakit Heck) dan kondiloma akumilatum.<sup>8, 9</sup> Lesi lebih banyak terjadi pada orang dewasa (1% -4% kasus) dibandingkan pada anak-anak. Gambaran klinisnya seperti kembang kol, berduri, atau timbul dengan permukaan datar. Lokasi yang paling umum adalah mukosa labial dan bukal. Pengobatan mungkin diperlukan untuk pasien dengan beberapa lesi. Pengobatan topikal dengan resin podhopyllin 25%, bedah eksisi, terapi laser dan cryoterapi.<sup>10</sup>

### ***Kondiloma Akumilatum***

Disebut juga kutil kelamin, menonjol, kecil, lunak, merah muda sampai abu-abu kotor yang mempunyai permukaan seperti kembang kol. Lesi ini multipel, kambuh, dan bergabung, menjadi lebih lebar, berbintil-bintil, dan tak bertangkai. Lesi ini dapat dijumpai pada mukosa mulut, tertuma ventral lidah, gusi, mukosa bibir, dan palatum. Penularan terjadi secara kontak langsung yaitu penularan secara kontak dari anus ke daerah genitalia. Perawatan yang dilakukan adalah eksisi ipkal dan menghilangkan semua lesi dari pasangan seksual yang terinfeksi.<sup>6, 9</sup>

### ***Sarkoma Kapossi***

Seringkali Kapossi merupakan tumor sel endotelial ganas yang hampir selalu terjadi pada penderita HIV positif. Keganasan itu adalah tumor dari proliferasi vaskuler yang terjadi pada kulit maupun jaringan mukosa. Lesi terjadi pada palatum, tampak sebagai bercak berdarah/ungu pada tahap awal yang akan berubah menjadi eksofitik. Penyebabnya belum diketahui, namun diperkirakan berkaitan dengan CMV. Sarkoma Kapossi ditandai oleh 3 tahap. Awalnya, keganasan merupakan makula merah tanpa gejala, selanjutnya membesar menjadi plak merah biru. Lesi

yang lanjut nampak sebagai nodula biru ungu, berlobus, berulserasi, dan menyebabkan sakit. Perawatannya adalah paliatif dengan memakai radiasi dan kemoterapi.<sup>5, 6, 8, 9</sup>

### ***Limfoma Sel-B Non Hodgkins dan Karsinoma Sel Squamosa***

Seringkali dihubungkan dengan infeksi HIV sebagai akibat dari penjaagaan kekebalan abnormal yang dapat meningkatkan proliferasi neoplastik. Limfoma nonhodgkins sering tampak sebagai masa ungu, difus, cepat berproliferasi dari kompleks palatum retromolar. Karsinoma sel squamosa sering dijumpai sebagai lesi putih kemerahan atau berulserasi pada tepi lateral lidah.<sup>6, 8</sup>

### **Pertimbangan Perawatan gigi**

Sebagai seorang dokter gigi pertimbangan utama dalam perawatan dental adalah untuk meminimalisasi kemungkinan penularan HIV dari pasien yang terinfeksi kepada mereka sendiri, para staf, dan pasien lain.<sup>1</sup>

1. Meskipun saliva tidak menimbulkan penularan virus, namun potensi itu tetap ada. Prosedur dental yang bersinggungan dengan jaringan lunak dapat menyebabkan saliva bercampur darah, yang merupakan tempat penularan HIV.

2. Rencana perawatan untuk pasien HIV sama dengan pengobatan pasien kompleks lainnya dengan potensial terjadinya kerusakan fatal. 4 (empat) parameter yang perlu dipertimbangkan untuk formulasi rencana perawatan yang tepat pada pasien ini adalah:

- a. Kondisi kesehatan pasien menentukan kemampuannya untuk bertahan pada kunjungan perawatan dental.
- b. Hal yang penting untuk memperbaiki fungsi penyembuhan pasien.
- c. Prognosis pasien, dan
- d. Keadaan keuangan.

### **Pencegahan**

Mengingat cara transmisi virus AIDS berlangsung melalui hubungan seksual, menggunakan jarum suntik bersama dan sebagian kecil melalui transfusi darah maupun komponen darah. Oleh karena itu ada beberapa cara yang dapat ditempuh untuk mengurangi penularan penyakit :

1. Kontak seksual harus dihindari dengan orang yang diketahui menderita AIDS dan orang yang sering menggunakan obat bius secara intravena.
2. Mitra seksual multipel atau hubungan seksual dengan orang yang

mempunyai banyak teman kencan seksual, memberikan kemungkinan besar tertular AIDS.

3. Cara hubungan seksual yang dapat merusak selaput lendir rektal, dapat memperbesar kemungkinan mendapat AIDS.
4. Dianjurkan untuk menggunakan kondom.
5. Kasus AIDS pada orang yang menggunakan obat bius intravena dapat dikurangi dengan cara memberantas kebiasaan buruk tersebut dan melarang penggunaan jarum suntik bersama.
6. Semua orang yang tergolong beresiko tinggi AIDS seharusnya tidak menjadi donor. Di Amerika masalah ini dapat dipecahkan dengan adanya penentuan zat anti-AIDS dalam darah melalui cara Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay (ELISA).
7. Para dokter harus ketat mengenai indikasi medis transfusi darah autolog yang dianjurkan untuk dipakai.

## KESIMPULAN

Berbagai manifestasi oral di atas yang sering ditemukan pada pasien yang terinfeksi HIV berhubungan langsung dengan tingkat imunosupresinya, yang dapat menjadi indikator infeksi HIV dan prediksi perkembangan infeksi

menjadi AIDS. Penatalaksanaannya meliputi pengobatan anti jamur, anti virus, dan antibiotik, serta perawatan terhadap gigi dan jaringan pendukungnya, dengan mempertimbangkan status imunologi.

Pencegahan dan pemeriksaan gigi dan mulut secara rutin juga diperlukan, untuk mempertahankan kesehatan dan mencapai kualitas hidup pasien yang terinfeksi yang lebih baik. Dokter gigi hendaknya mempunyai pengetahuan yang cukup mengenai manifestasi oral dari infeksi HIV sehingga dapat mendeteksi secara dini dan melakukan penatalaksanaannya dengan tepat.

## KEPUSTAKAAN

1. Samaranayake L, Huber MA, Redding SW. Infectious Disease. Burket's Oral Medicine. Eleventh ed. Hamilton: BC Decker Inc; 2008. p. 502-07.
2. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL. Dental Management of The Medically Compromised Patient. Seventh ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2008 p. 280-301.
3. Depkes RI. Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan bagi ODHA. Jakarta: Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular & Penyehatan Lingkungan Depkes RI; 2003.
4. Kemenkes RI. Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia. Jakarta: Ditjen PP & PL Kemenkes RI; 2012.
5. Scully C. Oral and Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment. Second ed. Philadelphia: Elsevier; 2008. p. 305-14.

6. Langlais RP, Miller CS, Nield-Gehrig JS. Colour Atlas of Common Oral Disease. Fourth ed. Philadelphia: Lippincot Williams&Wilkins; 2009. p. 182-85.
7. Kahabuka F, Fabian F, Petersen P, Nguvumali H. Awareness of HIV/AIDS and its oral manifestations among people living with HIV in Dar es Salaam, Tanzania. African Journal of AIDS Research 2007;6(1):91-95.
8. Cawson RA, Odell EW. Cawson's Essentials of Oral Phatology and Oral Medicine. Eighth ed. London: Elsevier; 2008. p. 350-61.
9. Neville BW, Damm DD, White DK. Color Atlas of Clinical Oral Pathology. second ed. Hamilton, London: BC Decker Inc; 2003. p. 150-59.
10. Vaseliu N, Kamiru H, Kabue M. Oral Manifestations of HIV Infection In: Baylor International Pediatric AIDS Initiative, editor. HIV Curriculum for The Health Professional. Houston, Texas, U.S.A: Baylor College of Medicine; 2010. p. 184-93.
11. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral Phatology Clinical Pathologic Correlation. fifth ed. St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier; 2008. p. 80-81.