

PELAKSANAAN INTERVENSI PENCEGAHAN PENULARAN HIV DARI IBU KE ANAK (PPIA) DI RSUP SANGLAH DENPASAR TAHUN 2007-2011

Saputri, L. O¹, Niruri, R.¹, Kumara, K. D.²

¹ Jurusan Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Udayana.

² Bagian Ilmu Kesehatan Anak RSUP Sanglah Denpasar/ Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

Korespondensi: Saputri, L. O.

Jurusan Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Udayana.

Jalan Kampus Unud-Jimbaran, Jimbaran-Bali, Indonesia 80364Telp/Fax: 0361-703837

Email :legis92@yahoo.com

ABSTRAK

Sejak dibentuknya program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) di RSUP Sanglah Denpasar pada tahun 2005, diketahui bahwa masih terdapat anak yang lahir dari ibu penderita HIV/AIDS yang didiagnosa berstatus HIV positif. Penelitian ini dilakukan untuk memperoleh gambaran mengenai pelaksanaan intervensi PPIA di RSUP Sanglah Denpasar berupa penegakkan status HIV pada ibu hamil, penggunaan ARV perinatal pada ibu hamil yang positif terinfeksi HIV, persalinan yang aman, pemberian ARV profilaksis pada anak, tatalaksana pemberian makanan pada bayi, dan pemeriksaan diagnosik HIV pada anak.

Penelitian observasional dengan jenis penelitian cross-sectional ini dilakukan terhadap 29 pasangan ibu penderita HIV dan anak yang dilahirkannya yang mengikuti program PPIA di RSUP Sanglah Denpasar antara tahun 2007-2011 dengan status HIV anak telah diketahui.

Berdasarkan penelitian ini diperoleh hasil bahwa 29 ibu(100%) diketahui telah menegakkan status terinfeksi HIV sebelum kelahiran anak dan ARV diberikan sesegera mungkin bagi ibu-ibu tersebut. Dua puluh Sembilan anak(100%) yang dilahirkan oleh ibu penderita HIV yang mengikuti program PPIA juga diberikan ARV profilaksis. Sebanyak 28 anak tersebut (96,55%) diketahui lahir secara seksio sesaria, sedangkan hanya 1 (3,45%) lahir pervaginam. Dua puluh sembilan(100%) anak tersebut diberikan formula eksklusif hingga usia 6 bulan. Setelah penegakkan diagnostik HIV pada anak dilakukan, diketahui bahwa seluruh (100%) anak tersebut berstatus HIV negatif.

Kata kunci: HIV, PPIA, Perinatal, Transmisi Vertikal

1. PENDAHULUAN

Sejak pertama kali ditemukan tahun 1987, kasus HIV/AIDS tersebar di 341 dari 497 (71%) kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia (Kemenkes RI, 2012). Menurut data Kemenkes RI (2012), jumlah kumulatif kasus HIV/AIDS yang dilaporkan sampai dengan September 2012 sebanyak 39.434 kasus, dan Provinsi Bali menempati urutan kelima dengan jumlah kumulatif kasus terbanyak. Persentase kumulatif kasus HIV/AIDS tertinggi terjadi pada kelompok usia reproduktif (20-39 tahun) yaitu sebesar 75,4%, dengan jumlah kasus pada ibu rumah tangga menempati urutan

kedua (Kemenkes RI, 2012). Peningkatan jumlah perempuan usia reproduktif yang terinfeksi HIV/AIDS akan berdampak pada peningkatan kasus HIV/AIDS pada bayi dan anak (Setiawan, 2009). Diketahui bahwa sebanyak 90% kasus HIV pada anak di bawah usia 13 tahun terjadi karena proses penularan selama periode perinatal oleh ibu penderita HIV/AIDS (Corbett et al, 2008; Chetty, 2012; IDAI, 2012; Romadona, 2011; WHO, 2012).

Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA) melalui intervensi demi meminimalkan faktor risiko diketahui dapat mereduksi risiko transmisi hingga

dibawah 2% dari total 25-45% risiko penularan jika tanpa intervensi (WHO, 2004; WHO, 2012). Intervensi tersebut berupa tindakan preventif melalui pemberian antiretroviral (ARV) pada ibu selama periode perinatal, persalinan secara seksio sesarea, serta menghindari pemberian ASI oleh ibu yang positif terinfeksi HIV (WHO, 2004; Chigwedere, 2008; WHO, 2012; Binagwaho et al, 2013).Ketiga intervensi tersebut telah terangkum dalam program PPIA yang dicanangkan oleh pemerintah sejak tahun 2005.

Menurut pedoman pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak yang dikeluarkan oleh Kemenkes RI pada tahun 2011, strategi pencegahan penularan HIV secara vertikal harus dilakukan secara komprehensif demi mereduksi risiko transmisi hingga seminimal mungkin. Strategi tersebut mencakup layanan antenatal care (ANC) terpadu seperti penawaran tes HIV sebagai upaya untuk mengetahui status HIV pada ibu hamil, pemberian ARV bagi ibu, persalinan yang aman, tatalaksana pemberian makanan pada bayi, pemberian ARV profilaksis pada anak, dan pemeriksaan diagnosik HIV pada anak (Kemenkes RI, 2011b). Meskipun telah terdapat program PPIA di RSUP Sanglah Denpasar, akan tetapi data mengenai intervensi PPIA pada tempat tersebut belum ditemukan, sehingga perlu dilakukan penelitian untuk memberikan gambaran mengenai pelaksanaan program PPIA di RSUP Sanglah Denpasar.

2. BAHAN DAN METODE

2.1. Bahan Penelitian

Bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah data yang diambil dari rekam medis subyek penelitian periode Januari 2007 hingga Mei 2013. Data tersebut adalah waktu penegakkan status HIV ibu, penggunaan ARV perinatal pada ibu dan ARV profilaksis pada anak, cara persalinan pada waktu kelahiran anak, jenis nutrisi yang diberikan pada anak hingga usia 6 bulan, dan hasil pemeriksaan diagnostik HIV pada anak.

2.2. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian observasional dengan jenis penelitian cross-sectional. Penelitian ini dilakukan di RSUP Sanglah Denpasar dari bulan Desember 2012 hingga Juni 2013, setelah mendapat persetujuan dari Lembaga Penelitian Komite Etik Kesehatan RSUP Sanglah Denpasar. Subyek yang diikutsertakan dalam penelitian ini adalah pasangan ibu penderita HIV/AIDS dan anak yang dilahirkannya yang mengikuti program PPIA di RSUP Sanglah Denpasar pada bulan Januari 2007 hingga November 2011. Subyek dieksklusi dari penelitian ini apabila status terinfeksi HIV anak belum diketahuidan baik rekam medis ibu maupun anak tidak ditemukan. Data yang diperoleh dari rekam medis subyek penelitian kemudian disajikan secara deskriptif.

3. HASIL

Berdasarkan data yang telah dikumpulkan, diketahui bahwa terdapat 115 anak yang lahir dari ibu penderita HIV/AIDS yang mengikuti program PPIA di RSUP Sanglah Denpasar antara tahun 2007-2011. Dari 115 anak tersebut, 65 diantaranya dieksklusi karena belum menegakkan status terinfeksi HIV. Dengan demikian, terdapat 50 pasangan ibu dan anak yang diinklusi dalam penelitian ini. Namun dari 50 pasangan ibu dan anak tersebut, terdapat 21 pasangan dengan rekam medis tidak ditemukan sehingga hanya 29 pasangan ibu dan anak yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak memenuhi kriteria eksklusi yang dijadikan subyek dalam penelitian ini.

Data mengenai intervensi PPIA pada seluruh subyek tersebut dapat dilihat pada tabel 1. Dua puluh Sembilan ibu (100%) diketahui telah menegakkan status terinfeksi HIV sebelum kelahiran anak, baik sebelum kehamilan, selama kehamilan, maupun saat persalinan. Penegakkan status HIV ibu akan mempengaruhi waktu memulai ARV pada ibu tersebut, dimana 29 ibu (100%) yang telah menegakkan status terinfeksi HIV sebelum kelahiran anak akan diberikan ARV sesegera mungkin baik untuk tujuan

terapi maupun untuk tujuan profilaksis. Lima belas (51,72%) ibu tersebut menggunakan ARV untuk tujuan terapi, sedangkan 14 (48,28%) ibu lainnya menggunakan ARV profilaksis. Jenis ARV terapi yang diberikan bagi ibu hamil dengan HIV di RSUP Sanglah Denpasar antara lain kombinasi zidovudin dan lamivudin (AZT + 3TC terapi), kombinasi zidovudin, lamivudin, dan nevirapin (AZT + 3TC + NVP), dan kombinasi stavudin, lamivudin, dan nevirapin (d4T + 3TC + NVP); sedangkan ARV profilaksis yang diberikan bagi ibu tersebut antara lain dosis tunggal nevirapin (NVP-sd) hanya pada saat persalinan, dan kombinasi zidovudin dan lamivudin (AZT + 3TC prof).

Di RSUP Sanglah Denpasar, jenis ARV profilaksis yang diberikan bagi anak yang dilahirkan oleh ibu penderita HIV/AIDS antara lain NVP-sd pada saat usia 40-72 jam setelah kelahiran dilanjutkan zidovudin (AZT) dan NVP-sd saat usia 40-72 jam setelah kelahiran dilanjutkan AZT + 3TC. Sebanyak 28 anak tersebut (96,55%) lahir secara sesaria, sedangkan hanya 1 anak (3,45%) lahir pervaginam. Dua puluh Sembilan anak tersebut (100%) diberikan formula eksklusif hingga usia 6 bulan. Berdasarkan status terinfeksi HIV anak tersebut yang ditegakkan melalui uji antibodi HIV pada saat rentang usia 12 hingga 18 bulan, diketahui bahwa 29 (100%) anak yang lahir dari ibu penderita HIV/AIDS yang mengikuti program PPIA memiliki status HIV negatif.

4. PEMBAHASAN

Penegakkan status HIV pada ibu hamil sedini mungkin sangat penting untuk mencegah penularan HIV kepada bayi, karena ibu dapat segera memperoleh pengobatan ARV, dukungan psikologis, dan informasi tentang HIV/AIDS (Kemenkes RI, 2011b). ARV perinatal yang diberikan bagi ibu hamil yang terinfeksi HIV selama periode 2007 hingga 2011 terdiri dari dua jenis, yaitu terapi ARV dan ARV profilaksis. Terapi ARV merupakan ARV yang diberikan bagi ibu hamil yang terinfeksi HIV yang

telah layak menerima ARV untuk kesehatan pribadinya sekaligus untuk pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak, sedangkan ARV profilaksis adalah ARV yang diberikan pada ibu hanya untuk pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak dan tidak untuk menjaga morbiditas dan mortalitas bagi ibu itu sendiri (WHO, 2010d). Dalam pedoman nasional terapi ARV yang dikeluarkan oleh Kemenkes RI tahun 2007 mengacu pada rekomendasi WHO (2006b), pemberian terapi ARV disarankan bagi ibu hamil jika berada dalam salah satu dari ketiga situasi berikut, yaitu stadium klinis 1 atau 2 dengan CD4 kurang dari 200 sel/mm³, atau stadium klinis 3 dengan CD4 kurang dari 350 sel/mm³, atau stadium klinis 4 tanpa mempertimbangkan jumlah CD4 (WHO, 2006b; Kemenkes RI, 2011c). Bagi ibu yang tidak termasuk dalam situasi di atas dapat diberikan regimen ARV profilaksis untuk tujuan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (WHO, 2006b; WHO, 2010d).

Berdasarkan jenis ARV yang diberikan bagi ibu hamil di RSUP Sanglah Denpasar, diketahui bahwa kombinasi terapi ARV yang paling dominan digunakan adalah kombinasi AZT + 3TC + NVP (34,48%), sedangkan ARV profilaksis yang paling dominan digunakan adalah kombinasi AZT + 3TC (37,93%). Penggunaan kombinasi terapi ARV bagi ibu hamil yang diketahui positif terinfeksi HIV di RSUP Sanglah Denpasar telah sesuai dengan rekomendasi Kemenkes RI (2011b) yang menyarankan kombinasi terapi menggunakan tiga obat, yaitu 2 obat golongan Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI) dan 1 obat golongan Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI). Pada 1 (3,45%) ibu yang diberikan stavudin (d4T) sebagai pengganti AZT dikarenakan ibu tersebut mengalami anemia. Pada wanita hamil dengan anemia parah (hemoglobin <7 g/dL), WHO mempertimbangkan pemberian ARV alternatif selain AZT misalnya tenofovir (TDF) atau d4T (WHO, 2006b; WHO, 2010d), atau dapat menunda

penggunaan terapi ARV, atau pemberian ARV dilakukan setelah anemia membaik (WHO, 2010d). Penggunaan terapi ARV hanya dengan kombinasi 2 obat atau tidak menyertakan NVP di dalamnya diberikan bagi ibu hamil yang mengalami kerusakan fungsi hati. Menurut Lacy et al. (2009), NVP tidak dapat diberikan bagi ibu hamil yang menunjukkan reaksi hipersensitivitas dengan kerusakan hati yang fatal akibat penggunaan obat tersebut. WHO (2006b) dan WHO (2010d) juga menyebutkan bahwa NVP tidak dapat diberikan bagi ibu hamil yang mengalami kerusakan fungsi hati yang sedang hingga parah dengan child-pugh scoresama dengan 7 (WHO, 2006b; WHO, 2010d).

Menurut WHO (2006b) dan Lacy et al. (2009), AZT harus disertakan dalam regimen ARV profilaksis kecuali jika terjadi toksisitas yang parah atau terjadi resistensi terhadap penggunaan obat tersebut. Penggunaan AZT tunggal masih kontroversial, tapi mungkin dipertimbangkan bagi ibu jika kadar viral load kurang dari 1000 kopi/mL (Lacy et al., 2009). Penggunaan monoterapi dilaporkan rentan terhadap resistensi virus dan dapat membatasi pilihan terapi masa mendatang ketika dibutuhkan (Harmon, 2011). Penelitian yang dilakukan di Brazil untuk mengevaluasi keamanan dan efikasi pemberian kombinasi AZT dan 3TC pada ibu maupun anak dalam pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak menunjukkan bahwa penggunaan kombinasi AZT dan 3TC oleh ibu pada saat kehamilan hingga setelah melahirkan terbukti aman dan secara statistik memberikan efikasi yang signifikan dalam hal peningkatan hitung CD4 dan penurunan viral load ibu (Lambert et al., 2003). Hal ini dijadikan acuan bagi RSUP Sanglah Denpasar untuk memberikan kombinasi AZT dan 3TC mulai periode antepartum hingga postpartum pada ibu hamil dengan HIV. Tiga (10,34%) ibu diketahui menggunakan profilaksis dengan sd-NVP hanya pada saat persalinan dikarenakan status HIV ibu baru diketahui pada saat tersebut. Dalam kondisi ini terapi ARV yang diperoleh ibu selama periode postpartum hanya digunakan untuk menurunkan morbiditas

dan mortalitas bagi dirinya sendiri dan bukan untuk tujuan pencegahan penularan HIV kepada bayi yang dilahirkannya (Kemenkes RI, 2011c).

Pemberian sd-NVP pada saat usia 40-72 jam dilanjutkan zidovudin (AZT) bagi anak yang lahir dari ibu penderita HIV/AIDS telah sesuai dengan Pedoman Pelayanan Medis Kesehatan Anak (PPMKA) RSUP Sanglah Denpasar dan rekomendasi WHO. Meskipun berbagai pedoman menyarankan pemberian AZT tunggal sebagai ARV profilaksis bagi bayi baru lahir, akan tetapi beberapa dokter dapat memilih untuk menggunakan AZT kombinasi dengan obat lain, terutama bagi bayi yang lahir dari ibu yang tidak menerima terapi ARV selama kehamilan atau persalinan (Lacy et al., 2009).

Nielsen-Saines et al. (2012) melakukan studi komparatif untuk membandingkan efikasi penggunaan AZT tunggal dengan dual terapi AZT (kombinasi 2 obat yang mengandung AZT) atau AZT dalam kombinasi 3 obat bagi bayi yang lahir dari ibu yang tidak menerima terapi ARV selama periode antepartum dikarenakan keterlambatan diagnosis HIV. Hasil penelitian tersebut menyebutkan bahwa profilaksis dengan regimen 2 atau 3 obat ARV lebih unggul dibandingkan dengan penggunaan AZT tunggal dalam pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak. Regimen dua obat dipilih karena memiliki toksisitas yang lebih rendah dibandingkan regimen 3 obat (Nielsen-Saines et al., 2012).

Penelitian yang dilakukan oleh Lambert et al. (2003) menyebutkan bahwa penggunaan kombinasi AZT dan 3TC pada bayi baru lahir hingga usia 2 hingga 6 minggu dinilai aman berdasarkan pemeriksaan klinis, hematologi, dan biokimia. Namun perlu dilakukan pemantauan terhadap kejadian toksisitas hematologi pada bayi tersebut. Hasil penelitian tersebut juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Chasela et al. (2010) yang menemukan bahwa penggunaan NVP-sd pada bayi baru lahir, dilanjutkan dengan kombinasi AZT dan 3TC hingga usia 7 hari terbukti tidak berhubungan dengan kejadian merugikan fatal dari penggunaan ARV.

Proporsi bayi yang mengalami kejadian merugikan non fatal atau tidak serius hanya 15,7% dari seluruh bayi yang menerima regimen tersebut. Kejadian merugikan tidak fatal yang dimaksud berupa reaksi hipersensitifitas seperti ruam, dan diikuti dengan eosinophilia dengan atau tanpa demam pada 10 orang anak akibat pemberian NVP (Chasela et al., 2010).

Data mengenai cara persalinan ibu penderita HIV di RSUP Sanglah Denpasar menunjukkan bahwa ibu yang telah menegakkan status terinfeksi HIV sebelum kelahiran anak dianjurkan untuk memilih persalinan secara seksio sesarea, sedangkan kelahiran pervaginam terjadi hanya karena anak lahir secara spontan. Hal ini berdasarkan pertimbangan bahwa proses persalinan merupakan kemungkinan terbesar terjadinya penularan HIV secara vertikal, dengan risiko diperkirakan sebesar 10-20 % dari total 45% risiko transmisi HIV dari ibu ke anak (IDAI, 2012; Kemenkes RI, 2012a). Persalinan secara seksio sesarea menunjukkan proteksi sebesar 80-89 % dalam pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (Thorne et al., 2010; Delicio et al., 2011).

Data mengenai jenis nutrisi yang diberikan pada anak yang lahir dari ibu penderita HIV/AIDS yang mengikuti program PPIA di RSUP Sanglah Denpasar menunjukkan bahwa seluruh (100%) anak tersebut diberikan susu formula eksklusif, yaitu hanya diberikan susu formula tanpa cairan atau makanan padat pada usia 0-6 bulan (Kemenkes RI, 2010). Hal ini didasarkan pertimbangan bahwa pemberian susu formula memiliki risiko minimal (0%) untuk penularan HIV dari ibu ke bayi, sedangkan pemberian ASI eksklusif dan makanan campuran (campuran ASI dengan makanan atau cairan lain) berkaitan dengan risiko penularan HIV berturut-turut sebesar 5-15 % dan 24,1% (Kemenkes RI, 2011b).

Strategi pencegahan penularan HIV pada ibu hamil yang telah terinfeksi HIV merupakan inti dari intervensi pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak. Bentuk intervensi tersebut berupa penawaran tes HIV pada ibu hamil,

pemberian ARV bagi ibu hamil yang diketahui positif terinfeksi HIV, persalinan yang aman, tatalaksana pemberian makanan pada bayi, pemberian ARV profilaksis pada anak, dan pemeriksaan diagnosik HIV pada anak. Keseluruhan jenis intervensi tersebut akan mencapai hasil yang efektif jika dijalankan secara berkesinambungan. Kombinasi intervensi tersebut merupakan strategi yang paling efektif untuk mengidentifikasi perempuan yang terinfeksi HIV serta mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke anak pada periode kehamilan, persalinan dan pasca kelahiran (Kemenkes RI, 2011b).

5. KESIMPULAN

Pelaksanaan intervensi PPIA di RSUP Sanglah Denpasar berupa penegakkan status HIV pada ibu hamil sebelum kelahiran anak, penggunaan ARV perinatal pada ibu hamil yang diketahui positif terinfeksi HIV, persalinan secara seksio sesaria, pemberian ARV profilaksis pada anak, pemberian susu formula eksklusif pada anak, dan pemeriksaan diagnosik HIV pada anak terbukti efektif dalam pencegahan penularan HIV secara vertikal dari ibu kepada anak yang dilahirkannya.

UCAPAN TERIMA KASIH

Seluruh dosen beserta staf di Jurusan Farmasi Fakultas MIPA Universitas udayana, Seluruh staf di Bagian Ilmu Kesehatan Anak RSUP Sanglah Denpasar, orang tua, saudara, serta teman-teman penulis atas segala kritik, saran, serta semangatnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Binagwaho, A., Pegurri, E., Drobac, P. C., Mugwaneza, P., Stulac, S. N., Wagner, C. M., et al. (2013). Prevention of Mother To Child Transmission of HIV: Cost Effectiveness of Antiretroviral Regimens and Feeding Options in Rwanda. *PLOS ONE*, 8(2):1-8.
- Chasela, C. S., Hudgens, M. G., Jamieson, D. J., Kayira, D., Hosseinipour, M. C., Kourtis, A. P., et al.

- (2010). Maternal or Infant Antiretroviral Drugs to Reduce HIV-1 Transmission. *N Engl J Med.* 362(24): 2271–2281.
- Chetty, T., Knight, S., Giddy, J., Crankshaw, T. L., Butler, L. M., & Newell, M. L. (2012). Retrospective Study of Human Immunodeficiency Virus Transmission, Mortality and Loss to Follow-Up Among Infants in The First 18 Months of Life in A Prevention of Mother-To-Child Transmission Programme in An Urban Hospital in Kwazulu-Natal, South Africa. *BMC Pediatrics*, 12(146):1-17.
- Chiwegdere, P., Seage, G. R., Tun-Huo, L., & Essex, M. (2008). Efficacy of Antiretroviral Drugs in Reducing Mother-to-Child Transmission of HIV in Africa: A Meta Analysis of Published Clinical Trials. *AIDS Research and Human Retroviruses.* 24(6): 827-837.
- Corbett, A., Yeh, R., Dumond, J., & Kashuba, A. D. M. (2008). Human Immunodeficiency Virus Infection. In: Chisholm-Burns, M.A., Wells, B.G., Schwinghammer, T.L., Malone, P. M., Kolesar, J. M., Rotschafer, J. C., Dipiro, J. T., editors. *Pharmacotherapy Principles and Practice.* USA: McGraw-Hill Companies. P. 1253-1276.
- Harmon, A. L. (2011). Preventing Mother-to-Child Transmission of Human Immunodeficiency Virus-1 (HIV-1): Effects of Intrapartum and Neonatal Single-Dose Nevirapine Prophylaxis and Subsequent HIV-1 Drug Resistance at Antiretroviral Treatment Initiation (theses). Claremont Mckenna College, USA. P. 13-14.
- IDAI.(2012). Menyusui pada Ibu HIV. (cited 2013 Januari, 12). Available from: <http://www.idai.or.id/asi/artikel.asp?q=201297134646>.
- Kemenkes RI. (2010). Pedoman Pelayanan Gizi Bagi ODHA. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan RI. Hal.1, 12.
- Kemenkes RI. (2011b). Pedoman Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan RI. Hal.5-35.
- Kemenkes RI. (2011c). Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral pada Orang Dewasa. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan RI. Hal.x. 11-16.
- Kemenkes RI. (2012a). Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA). Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Ibu Ditjen Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Kementerian Kesehatan RI. Hal.1-4.
- Lacy, C. F., Armstrong, L. L., Goldman, M. P., & Lance, L. L. (2009). *Drug Information Handbook.* 8th Edition. USA: Lexi-Comp
- Lambert, J. S., Nogueira, S. A., Abreu, T., Machado, E. S., Costa, T. P., Bondarovsky, M., et al. (2003). A Pilot Study to Evaluate The Safety and Feasibility of the Administration of AZT/3TC Fixed Dose Combination to HIV Infected Pregnant Women and Their Infants in Rio de Janeiro, Brazil. *Sex Transm Infect.* 2003 (79): 448-452.
- Nielsen-Saines, K., Watts, H., Veloso, V. G., Bryson, V. J., Joao, E. C., Pilotto, J. H., et al. (2012). Three Postpartum Antiretroviral Regimens to Prevent Intrapartum HIV Infection. *N*

- Engl J Med. 366(25): 2368–2379.
- Thorne, C. (2010). Mode of Delivery in HIV Infected Pregnant Women and Prevention of Mother to Child Transmission: Changing Practices in Western Europe. HIV Med. 11(6):368-378.
- Tim Pediatri RSUP Sanglah.(2011). Pedoman pelayanan Medis Kesehatan Anak RSUP Sanglah. Denpasar: RSUP Sanglah.
- WHO.(2004). HIV Transmission Through Breastfeeding: A Review of Available Evidence. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. P. 5-14.
- WHO.(2006b). Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants Recommendations for A Public Health Approach 2006 Version. Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. P. 21-35.
- WHO.(2010d). Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants Recommendations for A Public Health Approach 2010 Version. Prancis: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. P. 2-10.
- WHO.(2012). HIV/AIDS Treatment of Children Living in HIV.(cited 2012 November, 5). Available from:<http://www.who.int/hiv/topics/paediatric/en/index.html>

APENDIK

Tabel 1. Pelaksanaan Intervensi PPIA di RSUP Sanglah Denpasar pada Tahun 2007-2011

Jenis Intervensi	Jumlah Subyek (N=29)	Persentase (%)
Ibu		
Penegakkan Status Terinfeksi HIV		
Sebelum kehamilan	5	17,24
Selama kehamilan	22	75,86
Saat persalinan	2	6,90
Setelah kelahiran anak	0	0
Mulai Penggunaan ARV		
Sebelum Kehamilan	5	17,24
Selama Kehamilan	22	75,86
Saat Persalinan	2	6,90
Setelah Kelahiran Anak	0	0
Jenis ARV		
AZT + 3TC (terapi)	4	13,79
AZT + 3TC + NVP (terapi)	10	34,48
d4T + 3TC + NVP (terapi)	1	3,45
NVP-sd (prof)	3	10,34
AZT + 3TC (prof)	11	37,93
Obstetri		
Cara Persalinan		
Pervaginam	1	3,45
Seksio sesarea	28	96,55
Anak		
Penggunaan ARV Profilaksis		
NVP-sd + AZT	8	27,59
NVP-sd + AZT + 3TC	21	72,41
Cara Persalinan		
Pervaginam	1	3,45
Seksio sesarea	28	96,55
Jenis nutrisi		
ASI eksklusif	0	0
Formula eksklusif	29	100
Campuran ASI dengan susu formula	0	0
Campuran ASI dengan makanan padat	0	0
Campuran formula dengan makanan padat	0	0
Status HIV		
Negatif	29	100
Positif	0	0



JURNAL FARMASI UDAYANA

JURUSAN FARMASI-FAKULTAS MIPA-UNIVERSITAS UDAYANA

BUKIT JIMBARAN - BALI
• (0361) 703837

• Email: jurnalfarmasiudayana@gmail.com

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

Yang bertandatangan di bawah ini, menyatakan bahwa :

Artikel dengan judul : Pelaksanaan Intervensi Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) di RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2007-2011.

Disusun oleh : Legis Octaviana Saputri

NIM : 0908505059

Email mahasiswa : legis92@yahoo.com

Telah kami setuju untuk dipublikasi pada "Jurnal Farmasi Udayana".

Demikian surat pernyataan ini kami buat, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bukit Jimbaran, 1 Oktober 2013
Pembimbing Tugas Akhir

Rasmaya Niruri, S.Si., M.Farm.Klin., Apt.
NIP. 197805282006092001