

SERI BUKU KECIL

HIV, Kehamilan dan Kesehatan Perempuan

HIV, Kehamilan dan Kesehatan Perempuan

HIV, Kehamilan dan Kesehatan Perempuan

Buku ini adalah terjemahan dan penyesuaian dari “HIV, Pregnancy and Women’s Health”, yang diterbitkan oleh HIV i-Base: <http://www.i-Base.info>

Penyusun:

Chris W. Green.

Foto Sampul:

Lay Out:

Ilustrasi:

ISBN

© 2005 Yayasan Spiritia

Terbitan Juli 2005

Bila mengutip isi buku ini mohon sebutkan sumbernya

Informasi dalam buku ini berdasarkan pada data dari penelitian terakhir yang ada pada saat penerbitan. Untuk keterangan lebih lanjut, silakan menghubungi dokter, atau Yayasan Spiritia, pada alamat yang ada di sampul belakang buku ini.

Daftar Isi

Latar belakang dan masalah umum	3
Bila kita baru terdiagnosis HIV... ..	3
Tes HIV untuk perempuan hamil	4
Apakah perempuan HIV-positif boleh mendapatkan anak?	5
Terapi kita akan melindungi anak kita	5
Bagaimana HIV menulari bayi?	5
Bagaimana obat antiretroviral melindungi bayi?	7
Apakah benar-benar aman memakai ARV saat hamil? ..	8
Apakah menjadi hamil akan mempengaruhi HIV?	8
Melindungi dan menjaga kesehatan ibu	10
Asas Perawatan	11
Perencanaan kehamilan	12
Sebelum pembuahan, kehamilan yang direncanakan, dan hak kita untuk mendapatkan anak	12
Bagaimana bila satu pasangan HIV-positif dan yang lain HIV-negatif?	13
Bila laki-laki HIV-positif dan perempuan HIV-negatif	14
Bila perempuan HIV-positif dan laki-laki HIV-negatif	16
Bila kedua pasangan HIV-positif	16
Perawatan dan pengobatan HIV sebelum lahir	18
Apakah setiap perempuan HIV-positif harus memakai ART pada waktu hamil?	18
Bagaimana bila perempuan sudah memenuhi kriteria untuk memakai ART?	19
Bagaimana bila perempuan belum memenuhi kriteria untuk memakai ART?	20
Bagaimana untuk perempuan yang didiagnosis pada kehamilan lanjut?	20
Bagaimana bila perempuan sudah memakai ART waktu menjadi hamil?	21

ARV selama kehamilan	23
Pedoman ART Indonesia	23
Intervensi terhadap bayi	24
Bagaimana dengan efek samping waktu hamil?	25
Resistensi	27
Pemantauan dan tes lain	28
Apakah pemantauan dan tes tambahan dibutuhkan? ..	28
Gizi pada Odha perempuan yang hamil	29
Pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik waktu hamil	30
Infeksi HIV dan hepatitis bersama	31
Apakah hepatitis C dapat tertular pada bayi?	31
Bagaimana dengan hepatitis B?	31
ARV dan kesehatan bayi	32
Pilihan untuk persalinan dan penggunaan bedah sesar ...	33
Apakah kita sebaiknya pakai bedah sesar pilihan?	33
Setelah bayi lahir	35
Apa yang harus kita mempertimbangkan untuk kesehatan kita sendiri?	35
Bagaimana dan kapan dapat mengetahui apakah bayi terinfeksi?	35
Apakah bayi akan membutuhkan ARV setelah lahir? ...	36
Menyusui: risiko dan pilihan	37
Vaksinasi bayi	38
Lampiran: Pedoman ARV untuk Perempuan Hamil	40

Latar belakang dan masalah umum

Buku kecil ini bertujuan untuk membantu Odha perempuan mendapatkan manfaat sebesar-besarnya dari perawatan dan pengobatan HIV-nya sendiri bila akan mempertimbangkan merencanakan kehamilan atau selama kehamilan.

Diharapkan informasi dalam buku ini akan berguna pada setiap fase – sebelum, selama dan setelah kehamilan. Buku juga akan membantu kita yang sudah memakai terapi antiretroviral (ART) atau belum. Buku ini juga mencakup informasi untuk kesehatan kita sendiri dan untuk kesehatan bayi kita.

Bila kita baru terdiagnosis HIV...

Mungkin teman-teman membaca buku ini pada saat dalam kehidupan yang sangat membingungkan dan berat. Mengetahui kita hamil atau pun HIV-positif masing-masing dapat sangat sulit diterima. Bila diketahui dua-duanya pada waktu yang sama dapat lebih sulit lagi.

Bila teman-teman belum mengetahui apa-apa tentang HIV, mungkin sebaiknya lebih dahulu membaca buku kecil “Hidup dengan HIV/AIDS” dan “Pengobatan untuk AIDS: Ingin Mulai?” dari Spiritia. Buku tersebut dapat diminta secara gratis dari Spiritia dengan menghubungi alamat pada sampul belakang. Namun baik kehamilan dan perawatan untuk HIV dapat mencakup banyak kata dan istilah baru. Kami akan berusaha semaksimal mungkin untuk menjelaskan istilah tersebut dan dampaknya pada hidup kita.

Yang penting kita coba ambil sikap positif. Sesulit apa pun masalah saat ini, kemungkinan keadaan akan membaik dan lebih mudah. Penting kita memahami bahwa akhir-akhir ini ada kemajuan besar dalam pengobatan untuk HIV. Kemajuan ini sangat jelas dalam pengobatan pada masa kehamilan.

Banyak orang yang hidup dengan HIV (Odha) mendapatkan cukup banyak waktu untuk belajar dan menjadi nyaman dengan

diagnosis sebelum harus mengambil keputusan mengenai pengobatan. Hal ini mungkin tidak berlaku bila kita didiagnosis saat kita hamil. Dalam keadaan ini, kita mungkin harus segera mengambil keputusan yang sulit.

Adalah penting memahami nasihat yang diterima. Berikut adalah beberapa tips bila kita bingung saat kita mempertimbangkan pilihan kita:

- Tidak ada pertanyaan yang bodoh. Jangan ragu menanyakan bila tidak mengerti
- Minta pasangan atau teman menemani saat kunjungan ke dokter atau konselor
- Coba membahas dengan perempuan yang berpengalaman dengan keadaan seperti kita

Keputusan yang diambil mengenai kehamilan adalah sangat pribadi. Mempunyai informasi selengkap-lengkapnyanya akan membantu mengambil pilihan terbaik.

Keputusan yang ‘benar’ adalah keputusan yang diambil sendiri. Keputusan ini hanya dapat diambil setelah kita belajar semaksimal mungkin mengenai HIV dan kehamilan.

Tes HIV untuk perempuan hamil

Mengetahui status HIV secara dini waktu hamil sangat bermanfaat untuk perempuan dan bayi. Kemampuan perempuan untuk mengawasi kesehatan dan kehidupan sendiri diperbaiki bila diketahui apakah dia terinfeksi HIV. Lagi pula, bila dia mengetahui dirinya HIV-positif, perempuan dapat melakukan intervensi untuk mencegah penularan pada bayi.

Oleh karena itu, sebaiknya tes HIV ditawarkan kepada perempuan hamil, apalagi bila dia pernah berperilaku berisiko. Namun, tes harus dilakukan secara sukarela, tanpa paksaan, dan dilengkapi dengan konseling sebelum tes dan setelah tes, serta dengan persetujuan berdasarkan informasi yang lengkap (*informed consent*).

Apakah perempuan HIV-positif boleh mendapatkan anak?

Kita semua berhak untuk menikah dan mendapatkan keturunan. Menjadi HIV-positif tidak mengurangi hak tersebut. Namun jelas tanggung jawab kita juga lebih besar. Kita pasti ingin supaya anak kita tidak terinfeksi HIV, dan ada beberapa cara untuk mengurangi risiko ini. Selain itu, kita pasti ingin tetap sehat agar dapat membesarkan anak kita.

Cara terbaik untuk meyakinkan bahwa anak tidak terinfeksi dan kita tetap sehat adalah dengan memakai terapi antiretroviral (ART). Perempuan di seluruh dunia sudah memakai obat antiretroviral (ARV) secara aman waktu hamil lebih dari sepuluh tahun.

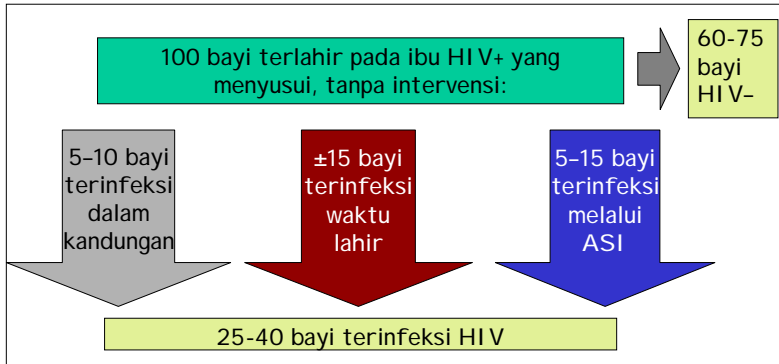
ART sudah berdampak besar pada kesehatan perempuan HIV-positif dan anaknya. Oleh karena ini, banyak perempuan diberi semangat untuk mempertimbangkan mendapatkan anak.

Terapi kita akan melindungi anak kita

Manfaat pengobatan tidak sekadar untuk kesehatan kita sendiri. Mengobati HIV kita sendiri akan mengurangi risiko bayi terinfeksi HIV menjadi hampir nol. Tanpa pengobatan, kurang lebih satu dari empat bayi yang terlahir dari ibu HIV-positif akan terinfeksi saat lahir. Walaupun ini berarti tiga dari empat tidak terinfeksi, risiko ini terlalu besar, terutama karena dengan pengobatan HIV hampir semua bayi tersebut dapat bebas HIV waktu lahir.

Bagaimana HIV menulari bayi?

Kita masih belum mengetahui secara persis bagaimana HIV menular dari ibu-ke-bayi. Namun, kebanyakan penularan terjadi saat persalinan (waktu bayinya lahir). Selain itu, si bayi juga dapat tertular waktu disusui. Hal ini ditunjukkan dalam gambar berikut.



Ada beberapa faktor risiko yang meningkatkan kemungkinan penularan akan terjadi. Yang paling mempengaruhi adalah tingkat *viral load* (jumlah virus yang ada di dalam darah) ibunya.

Oleh karena itu, salah satu tujuan utama terapi adalah mencapai *viral load* yang tidak dapat terdeteksi – seperti juga ART untuk siapa pun dengan HIV. *Viral load* terutama penting pada waktu melahirkan. Jangka waktu antara saat pecah ketuban dan bayi lahir juga merupakan salah satu faktor risiko untuk penularan.

Faktor risiko lain termasuk kelahiran prematur (bayi lahir terlalu dini) dan kekurangan perawatan HIV sebelum melahirkan.

Beberapa pokok kunci:

- Status HIV bayi dipengaruhi oleh kesehatan ibunya.
- Status HIV bayi tidak dipengaruhi sama sekali oleh status HIV ayahnya.
- Status HIV bayi tidak dipengaruhi oleh status HIV anak lain dari ibu.

Bagaimana obat antiretroviral melindungi bayi?

Penelitian yang disebut sebagai PACTG076 yang dilaporkan pada 1994 menunjukkan bahwa ARV dapat mencegah penularan HIV dari ibu-ke-bayi. Perempuan hamil memakai satu ARV, yaitu AZT, sebelum dan saat persalinan, dan bayinya diberikan AZT selama enam minggu setelah lahir. Intervensi ini mengurangi risiko bayi menjadi terinfeksi HIV dari 25 persen menjadi 8 persen.

Setelah 1994, intervensi ini diusulkan untuk semua perempuan HIV-positif di negara maju. Setelah waktu itu, adalah perkembangan lanjut, terutama setelah ART menjadi semakin umum pada akhir 1990-an. Angka penularan HIV dari ibu-ke-bayi di AS sekarang di bawah 1 persen.

AZT masih satu-satunya ARV yang disetujui untuk mencegah infeksi HIV dari ibu-ke-bayi. Oleh karena ini, beberapa dokter memilih yang memasukkan AZT pada kombinasi obat yang dipakai oleh perempuan hamil. Namun bila ibu mengalami anemia (kurang darah merah) atau efek samping lain, atau sudah pakai ART yang tidak mengandung AZT, hal ini mungkin menjadi alasan untuk memakai kombinasi tanpa AZT. Angka penularan HIV dari ibu-ke-bayi yang memakai kombinasi tanpa AZT adalah serupa dengan kombinasi dengan AZT. Petunjuk praktis adalah **“Yang terbaik buat ibu adalah yang terbaik buat bayi.”**

Penting diingat bahwa walau ada perkembangan dan keberhasilan yang hebat, penggunaan ART oleh perempuan hamil masih sesuatu yang cukup baru. Dampak dari penggunaan masih belum jelas secara keseluruhan. Sebaiknya kita membahas manfaat dan risiko ART dengan dokter. Hal ini harus termasuk faktor jangka pendek dan panjang, yang telah diketahui dan yang belum diketahui.

Apakah benar-benar aman memakai ARV saat hamil?

Perempuan sering disarankan tidak memakai obat untuk penyakit lain saat hamil. Namun, hal ini tidak berlaku bila memakai ART saat hamil. Perbedaan ini dapat membingungkan.

Tidak seorang pun dapat meyakinkan bahwa tidak ada risiko sama sekali dari penggunaan ARV saat kita hamil. Contohnya, beberapa ARV tidak boleh dipakai waktu hamil. Namun ribuan perempuan sudah memakai ART waktu hamil tanpa mengalami masalah pada bayinya. Sebaliknya, penggunaan ARV sudah menghasilkan banyak bayi yang terlahir HIV-negatif. Sampai saat ini, belum ada tanda bahwa penggunaan ARV waktu lahir meningkatkan angka atau jenis lahir cacat sejak pemantauan dimulai pada 1989.

Waktu dibahas dengan dokter sebelum melahirkan, kita harus menilai manfaat dan risiko penggunaan ARV untuk kita sendiri dan untuk bayi kita.

Apakah menjadi hamil akan mempengaruhi HIV?

Menjadi hamil tidak memperburuk kesehatan perempuan terinfeksi HIV, atau mempercepat lajunya penyakit. Namun menjadi hamil dapat mengakibatkan penurunan pada jumlah CD4. Penurunan tersebut umumnya kurang lebih 50, tetapi dapat berbeda-beda. Jumlah CD4 umumnya kembali pada angka semula segera setelah melahirkan.

Walaupun jumlah CD4 mutlak dapat turun, kemungkinan persentase CD4 (CD4%) akan lebih stabil, dan mungkin lebih baik dipantau CD4% waktu hamil. Namun, bila jumlah CD4 turun di bawah 200, risiko timbulnya infeksi oportunistik (IO) dapat menjadi lebih tinggi. Infeksi ini dapat mempengaruhi baik ibu maupun bayi, dan kita mungkin harus lebih waspada

terhadap gejala IO dan pastikan bahwa infeksi segera diobati. Umumnya perempuan hamil seharusnya memakai obat pencegahan IO (profilaksis) yang sama dengan perempuan tidak hamil, terutama dengan memakai kotrimoksazol bila jumlah CD4 di bawah 200.

HIV tidak mempengaruhi kelanjutan kehamilan pada perempuan yang memakai ART atau tidak. HIV juga tidak mempengaruhi kesehatan janin, asal ibunya tidak mengalami IO.

Melindungi dan menjaga kesehatan ibu

Kesehatan kita dan pengobatan kita adalah masalah yang paling penting dipertimbangkan untuk meyakinkan bahwa bayi kita sehat. Hal ini harus diutamakan.

Kita membutuhkan perawatan dan dukungan untuk infeksi kita sendiri. Kadang kala hal ini dilupakan oleh perempuan atau petugas layanan kesehatan yang mengutamakan kesehatan bayi. Kita sebaiknya jangan lupa hal ini: kesehatan dan kesejahteraan diri sendiri adalah sangat penting.

Secara keseluruhan, pengobatan kita tidak jauh berbeda bila kita hamil atau tidak. Keadaan yang mempengaruhi pengobatan untuk perempuan hamil akan dibahas nanti dalam buku ini.

Pencegahan penularan pada bayi dan kesehatannya sangat terkait dengan perawatan kita sendiri. Konseling sebelum kelahiran yang diberikan pada perempuan HIV-positif selalu harus meliputi:

- nasihat dan pembahasan mengenai cara mencegah penularan HIV dari ibu-ke-bayi;
- informasi mengenai pengobatan untuk HIV si perempuan saat ini; dan
- informasi mengenai pengobatan untuk HIV si perempuan pada masa depan.

Anak kita pasti ingin agar kita sehat dan kuat waktu dia tumbuh. Dan pasti kita ingin tetap ada untuk mengawasinya saat ke sekolah dan menjadi dewasa.

Satu dokter yang sudah sering memakai ART secara sukses untuk mengobati perempuan HIV-positif waktu hamil mengikuti apa yang dia sebut sebagai “Asas Perawatan”, sebagai berikut:

Asas Perawatan

- Kita harus diperbolehkan mengambil pilihan sendiri mengenai bagaimana menangani kehamilan. Kita harus diperbolehkan memilih pengobatan sendiri waktu hamil.
- Petugas layanan kesehatan harus memberi informasi, bimbingan dan konseling yang bersifat mendukung, tidak memihak, dan tidak menghakimi.
- HIV sebaiknya dipantau secara ketat selama kehamilan. Pemantauan semakin penting menjelang waktu persalinan.
- Infeksi oportunistik harus diobati sebagaimana mestinya.
- ART sebaiknya dipakai untuk mengurangi *viral load* HIV di bawah tingkat terdeteksi.
- Kita harus diobati dengan cara yang mengurangi kemungkinan virus kita menjadi resistan (kebal) terhadap ARV.
- Kita harus diperbolehkan mengambil pilihan berdasarkan informasi mengenai kapan dan bagaimana bayi dilahirkan.

Perencanaan kehamilan

Sebelum pembuahan, kehamilan yang direncanakan, dan hak kita untuk mendapatkan anak

Banyak perempuan HIV-positif menjadi hamil setelah mereka mengetahui status HIV-nya. Banyak perempuan sudah memakai ART saat menjadi hamil.

Bila kita sudah tahu kita HIV-positif, kita mungkin sudah membahas kemungkinan kita menjadi hamil sebagai bagian dari perawatan berkala HIV – apakah kehamilan direncanakan atau tidak.

Bila kita mempertimbangkan untuk menjadi hamil, dokter kita akan menyarankan kita agar:

- pertimbangkan kesehatan umum kita sendiri;
- lakukan pemeriksaan yang sesuai; dan
- obati infeksi menular seksual yang mungkin ada.

Kita sebaiknya meyakinkan bahwa kita sudah menerima perawatan dan pengobatan yang sesuai untuk HIV kita.

Masih terjadi diskriminasi terhadap Odha yang memutuskan untuk mendapatkan anak. Namun saat ini, keadaan jauh lebih baik dibandingkan sebelumnya. Untuk menghindari masalah terkait diskriminasi tersebut, kita sebaiknya mengambil langkah yang berikut:

- Pilih dokter dan rumah sakit bersalin yang mendukung dan menghormati keputusan kita untuk mendapatkan anak.
- Bila kita tidak didukung dalam keputusan ini, maka kita sebaiknya memeriksakan diri ke dokter yang berpengalaman dengan HIV.

- Kita mungkin tidak mampu mengunjungi klinik yang berpengalaman. Bila begitu, sebaiknya kita hubunginya untuk meminta nasihat, dukungan dan untuk mengetahui hak kita.

Bagaimana bila satu pasangan HIV-positif dan yang lain HIV-negatif?

Masih belum ada kesepakatan tentang nasihat terbaik untuk pasangan yang sero-diskordan (satu HIV-positif, yang lain HIV-negatif). Dalam keadaan ini, umumnya pasangan ditegaskan untuk tidak melakukan hubungan seks tanpa kondom. Walaupun dilakukan dalam upaya untuk pembuahan, masih ada risiko penularan pada pasangan yang HIV-negatif.

Contohnya, bila perempuan HIV-negatif, kemungkinan tertular melalui hubungan seks tanpa kondom tergantung pada banyak masalah, termasuk *viral load* HIV dalam air mani pasangan laki-lakinya. Penting kita ingat bahwa *viral load* yang tidak terdeteksi dalam darah bukan berarti *viral load* dalam air mani juga tidak terdeteksi.

Untuk laki-laki yang HIV-negatif, risiko penularan tergantung pada *viral load* HIV dalam cairan vagina pasangan perempuannya. Sekali lagi, *viral load* yang tidak terdeteksi dalam darah tidak berarti keadaan sama berlaku pada cairan vagina.

Faktor lain juga penting. Seorang laki-laki yang tidak bersunat berisiko lebih tinggi tertular HIV karena sel dalam kulup lebih rentan terhadap infeksi HIV.

Infeksi pada saluran kelamin juga meningkatkan risiko penularan HIV waktu berhubungan seks. Sebaiknya kedua pasangan memeriksakan diri untuk infeksi jenis ini. Pemeriksaan ini sebaiknya juga termasuk skrining dan pengobatan untuk semua jenis infeksi menular seksual.

Pasangan laki-laki sebaiknya melakukan pemeriksaan air maninya, untuk meyakinkan tidak ada infeksi apa pun, dan memastikan bahwa jumlah spermanya cukup tinggi.

Terlepas dari faktor risiko ini, HIV sebetulnya cukup sulit menularkan. Secara statistik, adalah jauh lebih sulit menularkan HIV dibandingkan menjadi hamil. Jadi percobaan sangat singkat untuk pembuahan waktu masa paling subur perempuan dapat berisiko cukup rendah bila pasangan HIV-positif mempunyai *viral load* yang tidak terdeteksi. Namun risiko penularan dari satu kali berhubungan seks tidak nol. Betapa pun, orang dapat menjadi hamil dari satu kali berhubungan seks, dan juga menjadi HIV-positif dari satu kali berhubungan seks.

Pada satu penelitian terhadap perempuan HIV-negatif dan laki-laki HIV-positif, 4 persen perempuan tertular. Sebagian besar orang akan menilai risiko ini terlalu besar.

Ada masalah lain yang harus ditekankan. Walaupun sejumlah percobaan pembuahan dapat relatif aman, beberapa pasangan tidak kembali memakai kondom setelahnya. Hal ini sering menyebabkan pasangan HIV-negatif tertular.

HIV masih penyakit yang akan mempengaruhi sisa hidup kita. Bila salah satu dari kita tetap HIV-negatif sampai saat ini, jangan hal ini diubah karena ada keputusan untuk mendapatkan anak.

Untuk pasangan yang ingin mendapatkan anak, ada pilihan lain dengan risiko yang sangat rendah pada pasangan yang HIV-negatif, walaupun saat ini, pilihan tersebut sulit terjangkau. Pilihan tersebut dibahas di bawah.

Bila laki-laki HIV-positif dan perempuan HIV-negatif

Bila si laki-laki HIV-positif dan si perempuan HIV-negatif, dapat dilakukan intervensi yang disebut sebagai ‘cuci sperma’. Pasangan laki-laki harus menyediakan contoh air maninya.

Sperma dipisahkan dari air mani dengan alat khusus (walaupun sederhana). Harus diingat bahwa sperma tidak mengandung HIV; hanya sel dalam air mani yang mengandung HIV.

Sperma yang dipisahkan ('dicuci') dites untuk meyakinkan bahwa tidak ada virus tertempel padanya. Tes ini dilakukan dengan dengan alat tes *viral load* yang sangat peka (batas terdeteksi 50, dibandingkan 400 yang baku di Indonesia). Kemudian alat yang disebut sebagai kateter (dasarnya selang) dipakai untuk menyemprot sperma yang bebas HIV pada vagina perempuan. Proses bayi tabung (*in vitro fertilization/IVF*) juga dapat dipakai, terutama bila laki-laki mempunyai jumlah sperma yang rendah.

Proses cuci sperma ini pertama dikembangkan oleh seorang dokter di Itali. Klinik dia sendiri sudah memakai proses ini dengan lebih dari 3000 contoh air mani. Belum dilaporkan kasus penularan HIV pada perempuan melalui proses ini. Sebaliknya, lebih dari 600 bayi HIV-negatif dilahirkan melalui proses ini. Jadi cuci sperma adalah cara paling aman untuk perempuan HIV-negatif menjadi hamil dari laki-laki HIV-positif.

Harus diingatkan bahwa biasanya dibutuhkan beberapa kali berhubungan seks untuk terjadi pembuahan. Oleh karena ini, kemungkinan besar proses ini harus diulang beberapa kali sebelum berhasil.

Saat ini layanan cuci sperma belum tersedia di Indonesia, walaupun sedang dikembangkan di Rumah Sakit Kanker Dharmas di Jakarta. Diharapkan sudah tersedia di rumah sakit tersebut paling lambat 2006. Untuk sementara, pilihan lain adalah di Penang, Malaysia atau Bangkok, Thailand. Jelas biaya untuk pilihan ini jauh lebih mahal, apa lagi bila harus dilakukan beberapa kali.

Bila perempuan HIV-positif dan laki-laki HIV-negatif

Pilihan biasanya lebih sederhana dan terjangkau dalam keadaan ini. Melakukan ‘inseminasi’ sendiri dengan memakai semprit plastik tidak berisiko pada pasangan laki-laki. Cara ini adalah yang paling aman untuk melindungi laki-laki dari infeksi HIV.

Pada waktu pasangan perempuan paling subur, air mani laki-laki harus disemprot sedalam mungkin dalam vagina perempuan. Waktu yang paling subur dapat diketahui lebih dahulu, dan terjadi pada pertengahan masa haid, biasanya 14 hari sebelum haid.

Ada beberapa cara yang kreatif untuk mengumpulkan air mani laki-laki. Satu cara adalah untuk melakukan hubungan seks dengan memakai kondom – pastikan kondom tidak dilumasi dengan pelicin yang mengandung spermatisida (senyawa mematikan sperma). Cara lain adalah untuk beronani dan ejakulasi pada gelas. Apa saja caranya, air mani dikumpulkan dan dimasukkan pada vagina perempuan dengan semprit besar atau selang. Seharusnya klinik atau dokter kandungan agar dapat memberi nasihat, termasuk informasi mengenai meramalkan waktu paling subur.

Bila kedua pasangan HIV-positif

Bila kedua pasangan HIV-positif, masih disarankan memakai kondom bila dilakukan hubungan seks yang umum. Hal ini untuk mengurangi risiko terinfeksi ulang dengan jenis HIV yang berbeda, atau, yang lebih gawat, virus yang resistan terhadap ARV. Kondom juga melindungi terhadap berbagai macam infeksi menular seksual.

Risiko infeksi ulang cukup rendah, dengan semakin rendah bila kita hanya berhubungan seks tanpa kondom beberapa kali untuk pembuahan. Tetapi ada beberapa hal yang sebaiknya dipertimbangkan terkait dengan risiko terinfeksi ulang:

- Risiko antara pasangan HIV-positif kemungkinan tergantung pada *viral load* masing-masing.
- Risiko kemungkinan lebih tinggi bila satu pasangan menanggapi ART dengan baik sementara yang lain tidak diobati dan/atau mempunyai *viral load* yang tinggi.
- Risiko lebih besar bila satu pasangan resistan terhadap ARV jenis apa pun.

Bila kita biasanya berhubungan seks dengan memakai kondom, sebaiknya membatasi hubungan seks pada waktu paling subur. Sebaiknya mengikuti nasihat di atas untuk pasangan serodiskordan.

Untuk pasangan HIV-positif yang biasanya melakukan hubungan seks tanpa kondom, meneruskannya untuk pembuahan tidak mengandung risiko lebih tinggi.

Semua pilihan ini meliputi keputusan yang sangat pribadi. Mengetahui dan menilai tingkat risiko juga sesuatu yang tergantung pada individu. Setiap cara menjadi hamil mengandung tingkat risiko, biaya dan kemungkinan berhasil yang berbeda. Masing-masing hal ini meningkat setiap kali berhubungan seks.

Bila kita merencanakan kehamilan, penting agar kita membahas secara dalam dengan pasangan kita, mungkin dengan bantuan dengan seorang konselor yang berpengetahuan mengenai masalah ini. Dengan cara ini, kita dapat mengambil keputusan yang cocok untuk kita berdua, dan menghindari sikap saling menyalahkan bila ada hasil yang tidak diinginkan.

Perawatan dan pengobatan HIV sebelum lahir

Perawatan sebelum lahir meliputi semua perawatan tambahan yang dibutuhkan oleh seorang perempuan hamil sebagai persiapan untuk kelahiran bayinya. Perawatan tersebut tidak sekadar pengobatan dan pemeriksaan laboratorium. Perawatan ini termasuk konseling dan penyediaan informasi seperti yang ada di buku kecil ini. Perawatan juga mencakup nasihat mengenai kesehatan umum, misalnya olahraga dan berhenti merokok.

Seperti semua masalah perawatan HIV untuk perempuan, sebaiknya setiap anggota tim perawatan mempunyai pengalaman spesialis dengan perempuan yang HIV-positif. Hal ini termasuk dokter kandungan, bidan, dokter anak dan staf pendukung lain. Penting juga setiap anggota tim mengetahui informasi terkini mengenai pencegahan penularan HIV dari ibu-ke-bayi dan mengenai pengobatan untuk HIV.

Sayangnya, tim perawatan berpengalaman seperti ini sangat sulit ditemukan di Indonesia saat ini.

Apakah setiap perempuan HIV-positif harus memakai ART pada waktu hamil?

Setiap perempuan hamil dengan HIV sebaiknya secara sungguh-sungguh mempertimbangkan memakai pengobatan ARV waktu hamil, walaupun hanya untuk sementara, seumpamanya pada akhir kehamilan dan dihentikan setelah bayi lahir. Hal ini tidak tergantung pada jumlah CD4 atau *viral load* si ibu.

Umumnya pengobatan yang diberikan pada perempuan HIV-positif yang hamil adalah sama seperti pengobatan pada perempuan dewasa yang tidak hamil. Namun pedoman pengobatan untuk perempuan hamil adalah sedikit berbeda dengan pedoman untuk orang dewasa lain.

Sering ada pendapat bahwa, sekali kita mulai ART, kita harus meneruskannya seumur hidup. Pendapat ini tidak benar. Kadang kala orang mulai terapi untuk sementara, kemudian berhenti. Hal ini paling sering terjadi pada masa kehamilan.

Bagaimana bila perempuan sudah memenuhi kriteria untuk memakai ART?

Kita mungkin baru mengetahui kita HIV-positif setelah kita sudah hamil. Jelas waktu tersebut adalah masa yang sulit baik secara praktis maupun emosional. Mungkin sebaiknya kita mencari dukungan tambahan, misalnya dari kelompok dukungan sebaya, bila ada.

Pedoman saat ini mengusulkan semua Odha dengan jumlah CD4 di bawah 200 diberi ART, termasuk perempuan hamil. Obat yang diberikan akan tergantung kepada waktu dalam masa kehamilan infeksi HIV didiagnosis.

Bila kita mengetahui bahwa kita HIV-positif sebelum kita hamil tetapi belum mulai ART, atau didiagnosis secara dini dalam masa kehamilan, ada yang mengusulkan terapi ditunda sehingga akhir triwulan pertama dalam kehamilan – 12-14 minggu setelah terakhir kali tidak mengalami haid. Ada dua alasan utama untuk menunda ART.

Pertama, organ utama bayi berkembang pada 12 minggu pertama dalam kandungan. Selama masa ini, janin mungkin lebih rentan terhadap dampak negatif dari obat apa pun, termasuk ARV. Selain penggunaan efavirenz, penelitian tidak menunjukkan risiko yang lebih tinggi pada bayi dengan ibu yang memakai ARV selama triwulan pertama kehamilan, dibanding dengan yang tidak memakai ARV. Tetapi beberapa perempuan memutuskan untuk menunda terapi untuk menghindari risiko.

Alasan kedua untuk menunda terapi adalah karena kebanyakan perempuan mengalami mual atau “sakit pagi” pada tahap awal kehamilan. Hal ini sangat umum. Tetapi gejala sakit pagi adalah

serupa dengan mual yang dapat dialami sebagai efek samping ART pada awal. Kita pasti tidak ingin mengalami efek samping bersama dengan sakit pagi.

Sakit pagi juga dapat mempengaruhi kepatuhan. Bila kita merasa kurang enak karena sakit pagi, kita kemungkinan enggan meminum obat apa pun yang akan memperburuk keadaan.

Bila sakit pagi dialami terus-menerus setelah triwulan pertama, hal ini sebaiknya diselidiki oleh dokter, karena dapat menunjukkan masalah lain.

Bila kita ingin langsung mulai ART, atau membutuhkan ART secepatnya karena jumlah CD4 sangat rendah, sebaiknya kita membahas dengan dokter. Dia dapat meresepkannya.

Bagaimana bila perempuan belum memenuhi kriteria untuk memakai ART?

Banyak negara telah mempertimbangkan penggunaan terapi kombinasi tiga obat jangka pendek untuk mencegah penularan HIV dari ibu-ke-bayi pada perempuan HIV-positif yang belum membutuhkan ART bagi dirinya sendiri. Setelah persalinan terapi dihentikan bila masih belum memenuhi kriteria pemberian ART bagi dirinya. Terapi tersebut diharapkan akan mencegah munculnya resistansi terhadap obat dan sangat efektif untuk mencegah penularan HIV kepada bayi.

Namun demikian, intervensi ini juga memberikan risiko efek samping obat kepada ibu dan bayinya dalam keadaan ibu masih cukup sehat dan belum memerlukan ART.

Bagaimana untuk perempuan yang didiagnosis pada kehamilan lanjut?

Walaupun pada kehamilan yang lanjut, masih ada manfaat memakai ARV. Bahkan sudah lewat 36 minggu, *viral load* masih dapat dikurangi menjadi tingkat yang cukup rendah.

Pengobatan dengan ART selama satu minggu dapat segera mengurangi *viral load* secara bermakna.

Obat yang sebaiknya dipakai akan dibahas pada bab berikut.

Bagaimana bila perempuan sudah memakai ART waktu menjadi hamil?

Bila kita sudah memakai ART sebelum menjadi hamil, sebaiknya kita meneruskannya. Namun, bila kombinasi kita mengandung efavirenz, obat ini sebaiknya segera diganti dengan nevirapine, karena efavirenz dapat menyebabkan kecacatan pada janin. Masalah ini lebih mungkin terjadi pada triwulan pertama kehamilan, jadi sebaiknya kita tidak memakai efavirenz bila kita ingin merencanakan kehamilan.

Banyak perempuan memutuskan untuk mendapat anak setelah mereka sudah mulai terapi. Hal ini menunjukkan kemajuan yang terjadi setelah ART tersedia. Kita merasa lebih baik. Kita lebih sehat. Kita mulai mempertimbangkan hubungan jangka panjang. Kita memikirkan masa depan, dan ingin mempunyai keturunan.

Beberapa perempuan yang menjadi hamil waktu memakai ART mungkin memutuskan untuk menghentikannya untuk sementara selama triwulan pertama. Beberapa dokter mengusulkan ini, tetapi semakin jarang. Namun mungkin kita memilih untuk berhenti sementara. Pilihan ini lebih aman bila kita mempunyai jumlah CD4 yang tinggi dan *viral load* yang tidak terdeteksi. Penghentian sementara ini tidak cocok untuk semuanya, dan yang melakukannya harus dipantau secara ketat oleh dokter.

Terkadang adalah sulit untuk mencapai *viral load* tidak terdeteksi setelah penghentian sementara. Lagi pula ada risiko pengembangan resistansi waktu kita berhenti.

Perempuan yang sudah memakai ART saat menjadi hamil semakin sering meneruskannya selama kehamilan. Penelitian

menunjukkan tidak ada risiko pada perempuan atau bayinya bila terapi dilanjutkan selama kehamilan, asal tidak memakai efavirenz.

ARV selama kehamilan

Pedoman ART Indonesia

Pedoman yang dikeluarkan oleh Depkes pada 2005 termasuk berbagai usulan untuk penggunaan ARV oleh perempuan hamil. Usulan tersebut dirangkum di Lampiran pada halaman 40.

Bila kita pakai ART penuh, kemungkinan kita akan ditawarkan kombinasi AZT atau d4T, plus 3TC dan nevirapine. Seperti dibahas di atas, efavirenz tidak boleh dipakai oleh perempuan hamil. Lagi pula, d4T dan ddI sebaiknya tidak dipakai bersamaan waktu kita hamil, karena efek samping obat ini dapat lebih berat.

Bila kita belum memenuhi kriteria untuk diberi ART penuh (jumlah CD4 di atas 200 dan belum ada infeksi oportunistik berat), ada beberapa pilihan. Namun harus diakui bahwa membandingkan untung-rugi antara pilihan tersebut sangat membingungkan. Dapat dibilang bahwa tidak ada pilihan terbaik untuk ibu dan anak – yang terbaik untuk ibu mungkin menimbulkan kerugian untuk anak dan sebaliknya.

Untuk kita yang mengetahui dirinya terinfeksi cukup dini, kita dapat mulai memakai AZT pada minggu 28 kehamilan. Rejimen ini dibuktikan efektif untuk mengurangi kemungkinan bayi terlahir HIV-positif menjadi di bawah 8 persen. Walaupun pengobatan ini memang monoterapi (terapi dengan hanya satu obat, yang biasanya sangat tidak dibenarkan), resistansi terhadap AZT jarang timbul dalam dua bulan penggunaanya.

Ada bukti bahwa angka penularan dari ibu-ke-bayi dapat dikurangi menjadi lebih rendah lagi dengan penggunaan satu pil nevirapine pada saat mulai persalinan. Namun ada semakin banyak bukti bahwa hampir semua perempuan yang memakai nevirapine dosis tunggal ini akan menjadi resistan terhadap nevirapine, yang akan mempengaruhi pilihan kombinasi obat

untuk ART pada masa depan. Sayangnya, bila kita resistan terhadap nevirapine, kita juga pasti resistan terhadap efavirenz, obat lain dari golongan sama, NNRTI. Resistansi terhadap nevirapine ini kemungkinan akan hilang setelah beberapa waktu; namun waktunya belum jelas, kemungkinan lebih dari satu tahun, dan mungkin jauh lebih lama untuk beberapa perempuan.

Bila kita baru tahu dirinya terinfeksi pada masa kehamilan yang lanjut, pilihan lain adalah untuk mulai memakai AZT plus 3TC pada minggu 36 (kurang lebih satu minggu sebelum persalinan), dengan rejimen ini dilanjutkan satu minggu setelah melahirkan. Namun beberapa ahli agak ragu dengan usulan ini, karena resistansi terhadap 3TC dapat berkembang sangat cepat bila tidak dipakai sebagai bagian dari ART (kombinasi tiga obat).

Bila kita baru tahu dirinya terinfeksi segera sebelum persalinan, intervensi baku adalah untuk memberi satu pil nevirapine pada ibu saat persalinan. Intervensi cukup efektif untuk mengurangi penularan pada bayi, tetapi kemungkinan besar virus dalam ibu akan menjadi resistan terhadap nevirapine, seperti di bahas di atas.

Intervensi terhadap bayi

Tabel di Lampiran juga memberi beberapa pilihan untuk rejimen yang dapat diberikan pada bayi untuk mengurangi lebih lanjut kemungkinan dia terinfeksi. Sekali lagi, ada untung-rugi, dan pilihan tidak mudah.

Satu rejimen yang cukup baku adalah untuk memberikan AZT pada anak selama satu minggu. Walaupun ini memang monoterapi, sekali lagi resistansi terhadap AZT jarang terjadi.

Kesulitan dengan pilihan ini adalah bahwa AZT bentuk sirup jarang tersedia di Indonesia. Walaupun pil AZT dapat dibuat puyer, dan dilarut dalam air, hal ini tidak mudah dan AZT pil tunggal (tidak digabung dengan obat lain, misalnya bersama dengan 3TC dalam Duviral) juga jarang tersedia.

Pilihan lain yang cukup baku adalah untuk memberi satu dosis nevirapine pada bayi dalam 72 jam pertama setelah lahir. Sekali lagi, nevirapine sirop jarang tersedia di Indonesia, jadi pil nevirapine harus dibuat puyer.

Masalah dengan penggunaan nevirapine dosis tunggal oleh bayi adalah bahwa, bila si bayi ternyata terinfeksi HIV walaupun dilakukan intervensi ini, virus pada bayi hampir pasti akan menjadi resistan terhadap nevirapine. Walaupun seperti dengan ibunya, resistansi ini akan hilang setelah beberapa waktu, kemungkinan ini akan membutuhkan lebih dari satu tahun. Bila si bayi membutuhkan ART pada usia muda, sebaiknya rejimen ART ini tidak mengandung nevirapine bila dia sudah diberi obat tersebut setelah lahir. Namun, sayangnya pilihan lain tidak tersedia di Indonesia saat ini.

Seperti ditunjuk pada tabel, ada beberapa pilihan lain sebagai rejimen untuk bayi. Sebaiknya pilihan ini dibahas dengan dokter.

Bagaimana dengan efek samping waktu hamil?

Kurang lebih 80 persen perempuan hamil yang memakai ART akan mengalami sedikit satu efek samping dari obatnya. Angka ini tidak jauh berbeda dari perempuan tidak hamil.

Sebagian besar efek samping adalah ringan, termasuk mual, kelelahan, dan diare. Kadang kala, tetapi lebih jarang, efek samping dapat menjadi lebih berat. Informasi lebih lanjut mengenai efek samping ini dapat dibaca pada Lembaran Informasi Spiritia, dan sebaiknya dibahas dengan dokter.

Bila kita hamil, sebaiknya kita memeriksakan diri secara berkala pada dokter. Pada kunjungan ini, dokter juga dapat memantau efek samping ART, bila terjadi.

Beberapa efek samping dari ARV adalah serupa dengan perubahan pada tubuh kita saat kita hamil, misalnya sakit pada

pagi hari. Hal ini dapat mempersulit mengetahui apakah penyebab gejala adalah obat atau kehamilan.

Kebanyakan ARV dapat menyebabkan mual dan muntah, terutama dalam beberapa minggu setelah kita mulai terapi. Bila kita hamil, efek samping dapat menimbulkan masalah tambahan dengan sakit pada pagi dan kepatuhan.

Kita mungkin juga merasa lebih lemas. Sekali lagi, gejala ini adalah umum, terutama bila kita mulai ART saat menjadi hamil. Anemia (kurang darah merah) dapat menyebabkan kelelahan. Anemia adalah efek samping yang paling umum baik dari ART maupun dari kehamilan. Ada tes laboratorium (Hb) yang mudah terjangkau untuk memantau anemia. Bila kita anemia, mungkin kita diusulkan memakai suplemen zat besi.

Semua perempuan hamil berisiko menimbulkan diabetes waktu hamil. Risiko diabetes dapat lebih tinggi bila kita memakai *protease inhibitor*. Mungkin ada baik bila kita diskriming terhadap diabetes waktu hamil – seharusnya tes ini baku untuk perempuan hamil.

Kehamilan mungkin juga faktor risiko untuk tingkat tinggi asam laktik (asidosis laktik), yang dapat disebabkan terutama oleh d4T dan ddI. Hati kita biasanya mengatur tingkat asam laktik. Asidosis laktik sangat jarang terjadi, tetapi efek samping ini dapat gawat. Memakai kombinasi d4T plus ddI waktu hamil sangat tidak dianjurkan.

Resistensi

Resistensi terhadap obat adalah masalah yang penting waktu hamil. Seperti sudah dibahas, beberapa strategi untuk mencegah penularan HIV dari ibu-ke-bayi dapat menyebabkan resistansi pada ibu dan/atau bayi.

Memakai satu jenis ARV (monoterapi) atau dua jenis (terapi dua) biasanya bukan pilihan yang baik sebagai pengobatan minimal untuk Odha. Jadi sebaiknya terapi ini tidak dipakai oleh perempuan HIV-positif yang hamil dan membutuhkan pengobatan untuk HIV-nya sendiri. Dari strategi yang dicantumkan di atas untuk perempuan yang belum membutuhkan pengobatan, AZT dipakai sendiri lebih mungkin tidak menimbulkan resistansi dibanding dengan AZT plus 3TC atau nevirapine sendiri.

Bila kita sudah memakai ART cukup lama tetapi *viral load*-nya masih belum sampai tingkat yang tidak terdeteksi, adalah penting untuk menyelidiki masalah dengan dokter. Hal ini sangat penting untuk kesehatan dirinya sendiri dan bayi.

Resistensi dapat berkembang bila *viral load* masih terdeteksi. Hal ini akan mempengaruhi kesehatan jangka panjang. *Viral load* HIV pada saat persalinan juga dikaitkan sangat erat dengan risiko penularan HIV pada bayi.

Penghentian terapi sementara, bila tidak dilaksanakan dengan baik, dapat menimbulkan resistansi. Resistansi juga timbul bila kita tidak memakai obat yang benar, pada waktu yang benar, dengan cara yang benar.

Virus yang resistan dapat ditularkan pada bayi. Bila bayinya terlahir dengan virus yang resistan, pengobatannya dapat jauh lebih rumit.

Pemantauan dan tes lain

Apakah pemantauan dan tes tambahan dibutuhkan?

Perawatan untuk kehamilan maupun untuk HIV membutuhkan pemantauan yang baik. Untuk HIV, sebaiknya jumlah CD4 dipantau secara berkala, bila mungkin. Lebih baik lagi bila *viral load* dapat dipantau, walaupun tes ini tidak terjangkau untuk sebagian besar perempuan di Indonesia saat ini.

Selain perawatan HIV, sebaiknya kita dites untuk hepatitis, sifilis dan infeksi menular seksual (IMS) lain, anemia, serta TB. IMS dan infeksi pada vagina dapat meningkatkan risiko bayinya terinfeksi waktu persalinan. Sebaiknya juga kita melakukan tes Pap (*Pap smear*).

Adalah baik bila kita dapat periksa ke dokter setiap bulan selama kehamilan, dan mungkin setiap dua minggu setelah bulan ke-delapan. Tes berkala yang dilakukan mungkin termasuk tekanan darah (tensi), berat badan, serta tes darah dan air seni yang baku.

Ada beberapa tes yang dilakukan pada janin yang dapat meningkatkan risiko bayi terinfeksi HIV. Tes atau intervensi apa pun yang dapat menimbulkan luka, walaupun kecil, pada janin, sebaiknya dihindari.

Gizi pada Odha perempuan yang hamil

Gizi yang baik adalah penting buat kita semua, apalagi waktu hamil. Gizi buruk terbukti meningkatkan angka penularan HIV dari ibu-ke-bayi.

Gizi yang baik membantu tubuh menyerang infeksi, mengurangi masalah kelahiran (berat badan bayi rendah, kematian bayi), membantu khasiat ARV, dan dapat mengurangi efek samping obat.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ada manfaat pada Odha perempuan bila dipakai tambahan vitamin waktu hamil. Multi-vitamin (vitamin B1, B2, B6, dan B12, niacin, vitamin C, vitamin E, dan asam folat) diberi pada perempuan hamil dapat memperpanjang masa tanpa gejala. Sebaliknya, manfaat penggunaan tambahan vitamin A belum jelas, dan kelebihan tidak membantu.

Pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik waktu hamil

Pengobatan dan pencegahan (profilaksis) untuk sebagian besar IO selama kehamilan serupa dengan halnya untuk orang dewasa yang tidak hamil. Hanya sedikit obat diusulkan tidak dipakai.

Dokter akan melakukan pemeriksaan berkala untuk IO sebagai bagian dari perawatan HIV, dan sebagaimana sistem kekebalan tubuh menjadi pulih setelah mulai ART. Mungkin kita harus diobati untuk infeksi lain, terutama bila kita didiagnosis HIV waktu sudah hamil.

Profilaksis terhadap berbagai infeksi (termasuk PCP, tokso, dan infeksi bakteri lain) dengan kotrimoksazol diusulkan bila CD4 kita di bawah 200, sesuai dengan pedoman umum. Profilaksis terhadap TB dengan INH juga dapat dipertimbangkan.

Sebagian besar IO sebaiknya diobati bila timbul. Namun pengobatan untuk infeksi berat atau yang sulit diobati mungkin sebaiknya ditunda.

Banyak perempuan dengan HIV juga terinfeksi dengan herpes kelamin. Perempuan HIV-positif jauh lebih mungkin mengalami jangkitan herpes saat persalinan dibandingkan dengan perempuan HIV-negatif. Untuk mengurangi risiko ini, profilaksis herpes dengan asiklovir sering diusulkan. Asiklovir adalah aman untuk dipakai waktu hamil.

Herpes juga sangat mudah menular dari ibu-ke-bayi. Walaupun *viral load* HIV kita tidak terdeteksi dengan memakai ART, luka herpes mengandung tingkat HIV yang tinggi. HIV dapat dikeluarkan dari luka ini saat persalinan. Hal ini akan menempatkan si bayi dalam risiko tertular herpes waktu lahir, dan meningkatkan risiko terinfeksi HIV.

Infeksi HIV dan hepatitis bersama

Apakah hepatitis C dapat tertular pada bayi?

Bila kita terinfeksi dengan virus hepatitis C (HCV) bersama dengan HIV – infeksi ini mungkin diketahui melalui skrining waktu hamil – risiko penularan HCV dari ibu-ke-bayi dapat menjadi 15 persen. Mengobati HIV-nya akan mengurangi risiko penularan HCV.

Beberapa dokter mengusulkan persalinan dengan bedah sesar untuk perempuan yang terinfeksi dengan HIV dan HCV bersama. Namun belum ada penelitian yang menunjukkan bahwa bedah sesar mengurangi risiko pada ibu atau bayi. Tindakan bedah sesar dibahas pada halaman 33.

Bagaimana dengan hepatitis B?

Perempuan dengan virus hepatitis B (HBV) yang aktif kemungkinan besar (90 persen) akan menularinya pada bayi. Namun penularan dapat dicegah bila si bayi langsung divaksinasi terhadap HBV setelah terlahir.

3TC mempunyai khasiat terhadap HBV. Jadi ART yang mengandung 3TC mungkin akan mengurangi risiko pada anak.

ARV dan kesehatan bayi

Beberapa perempuan dan dokter enggan memakai atau meresepkan ART waktu hamil, karena ada keprihatinan terhadap dampaknya pada bayi.

Beberapa penelitian menunjukkan kecenderungan lahir prematur (terlalu dini) dan berat badan yang rendah untuk bayi yang dilahirkan oleh ibu yang memakai ART. Efek ini lebih jelas bila perempuan memakai *protease inhibitor* waktu hamil. Namun tidak semua penelitian membenarkan dampak ini.

Adalah sangat sulit meyakinkan apakah ada efek jangka panjang. Saat ini, anak yang pertama terpajan pada ibu yang memakai monoterapi dengan AZT waktu hamil pada akhir 1980-an paling berusia 16 tahun. Anak yang terpajan pada terapi kombinasi (biasanya dengan *protease inhibitor*) pada pertengahan 1990-an paling berusia delapan tahun, sementara yang terpajan pada nevirapine tidak lebih dari enam tahun.

Pemantauan ketat pada anak terpajan pada AZT tidak menunjukkan perbedaan dibandingkan dengan anak lain. Belum ada tanda bahwa ARV (selain efavirenz) dapat mengakibatkan cacat lahir. Sebaliknya, adalah jelas bahwa risiko terbesar terhadap bayi yang terlahir pada ibu yang HIV-positif adalah HIV sendiri. Jadi tampaknya jelas bahwa risiko terbesar terhadap bayi yang dilahirkan oleh ibu HIV-positif adalah HIV sendiri. ARV dapat mencegah HIV ini.

Pilihan untuk persalinan dan penggunaan bedah sesar

Masih ada banyak keraguan mengenai cara melahirkan bayi dari ibu yang HIV-positif – apakah kita pilih kelahiran melalui vagina atau dengan bedah sesar. Bedah sesar harus dilakukan sebelum mulai sakit kelahiran dan pecah ketuban. Bedah ini disebut sebagai bedah sesar elektif (pilihan) atau ‘dijadwalkan’.

Beberapa penelitian awal menunjukkan bahwa bedah sesar pilihan mengurangi penularan HIV dari ibu-ke-bayi secara bermakna dibandingkan dengan kelahiran melalui vagina. Namun penelitian ini dilakukan sebelum ada ART dan tes *viral load*. Apakah bedah sesar memberi manfaat pada bayi yang terlahir oleh ibu yang memakai ART belum diketahui.

Bedah sesar, yang juga dikenal sebagai seksio sesar atau caesar, adalah tindakan untuk melahirkan bayi yang meliputi mengiris dinding abdomen (perut) dan rahim untuk mengeluarkan bayi.

Apakah kita sebaiknya pakai bedah sesar pilihan?

Bila kita memakai ART, atau *viral load* HIV kita sangat rendah, tidak ada manfaat dari bedah sesar elektif. Belum jelas apakah ada manfaat dari bedah sesar elektif bila dipakai AZT pada minggu-minggu sebelum melahirkan atau nevirapine saat persalinan.

Yang jelas, ada risiko pada kesehatan perempuan akibat bedah sesar. Dan biaya untuk bedah sesar tidak terjangkau untuk sebagian besar keluarga di Indonesia. WHO tidak menyarankan memakai bedah sesar, walaupun tidak melarangnya, dengan pertimbangan bahwa keadaan sangat berbeda. WHO mengusulkan agar dipertimbangkan biaya, fasilitas untuk

tindakan tersebut, dan komplikasi pascabedah yang mungkin terjadi akibat kekebalan tubuh ibu yang rendah.

Bila kita memutuskan untuk melahirkan di rumah sakit, apa lagi bila kita memilih kelahiran melalui vagina (yang tidak dapat dijadwalkan), sebaiknya kita menyediakan tas dengan semuanya yang dibutuhkan, termasuk ARV dan obat lain yang dibutuhkan. Hindari dampak buruk pada kepatuhan kita akibat kelahiran.

Setelah bayi lahir

Apa yang harus kita mempertimbangkan untuk kesehatan kita sendiri?

Kepatuhan! Ini berarti memakai obat yang benar, pada waktu yang benar, dan dengan cara yang benar.

Kepatuhan kita sendiri pada ART setelah melahirkan adalah sangat penting. Banyak perempuan patuh 100 persen selama kehamilan, tetapi setelah melahirkan, mereka melupakan kesehatan dirinya sendiri.

Hal ini tidak mengherankan. Mendapatkan bayi baru menimbulkan perubahan besar pada kehidupan kita, dan selalu mengganggu rutinitas kita. Kegiatan kita akan berubah dan kemungkinan kita akan kurang tidur. Beberapa perempuan juga mengalami depresi setelah kelahiran.

Kita akan membutuhkan dukungan tambahan dari keluarga, teman dan petugas layanan kesehatan. Kelompok dukungan sebaya juga dapat membantu kita.

Bila bayi diberikan ART, cobalah menyesuaikan jadwal dosis bayi dengan jadwal dosis kita sendiri. Dengan cara ini, lebih mungkin kita dapat ingat memakai obat kita.

Bagaimana dan kapan dapat mengetahui apakah bayi terinfeksi?

Bayi yang terlahir dari ibu yang HIV-positif selalu akan menunjukkan hasil tes HIV-positif pada awal. Hal ini terjadi karena bayi dilindungi pada awal hidup oleh antibodi ibunya. Jika bayi tidak terinfeksi HIV, antibodi ini akan hilang, paling lambat setelah usia 18 bulan.

Oleh karena ini, tes baku baru dapat meyakinkan status HIV si bayi setelah 18 bulan. Untuk mengetahui status HIV bayi lebih dini, darahnya dapat dites dengan alat *viral load*. Menurut

pedoman di negara maju, tes ini dilakukan tiga kali: pertama waktu lahir, kedua setelah satu bulan atau enam minggu, dan ketiga pada usia tiga bulan. Status dikonfirmasi dengan tes antibodi (tes HIV biasa) pada usia 18 bulan.

Belum ada pedoman untuk Indonesia, dan biaya tes *viral load* mungkin berarti tiga kali tes terlalu mahal. Lagi pula, satu dampak dari pemberian ARV pada si bayi untuk mencegah penularan HIV dari ibu-ke-bayi adalah untuk menekankan *viral load* pada beberapa minggu pertama. Oleh karena ini, tes *viral load* dapat menunjukkan hasil negatif palsu bila dilakukan pada waktu tersebut. Jadi mungkin strategi yang masuk akal adalah untuk melakukan dua tes; pertama pada usia enam minggu, dan kedua pada usia 3-4 bulan. Bila hasil tes *viral load* ini adalah di bawah tingkat terdeteksi atau sangat rendah (*viral load* bayi yang terinfeksi HIV biasanya sangat tinggi), dan bayi tidak disusui, maka bayi tidak terinfeksi HIV. Namun konfirmasi dengan tes antibodi pada usia 18 bulan dibutuhkan.

Apakah bayi akan membutuhkan ARV setelah lahir?

Seperti ditunjukkan pada tabel di Lampiran pada halaman 40, bayi sebaiknya diberi ARV setelah lahir, mungkin satu kali, mungkin setiap hari untuk satu minggu, tergantung pada rejimen. Obat ini diberikan untuk mencegah infeksi HIV

Lagi pula, baru ini WHO mengusulkan semua bayi yang dilahirkan oleh ibu yang HIV-positif sebaiknya menerima kotrimoksazol untuk mencegah beberapa IO. Profilaksis ini sebaiknya diteruskan hingga dibuktikan anak tidak terinfeksi dan asal ibunya tidak menyusui. Bila bayi ternyata terinfeksi HIV, profilaksis sebaiknya diteruskan.

Bila si bayi terinfeksi HIV, ART akan dipertimbangkan sesuai dengan kriteria yang berlaku. Topik ART untuk bayi dan anak akan dibahas pada buku kecil Spiritia lain.

Menyusui: risiko dan pilihan

Seperti yang tertera pada gambar di halaman 6, risiko penularan HIV dari ibu-ke-bayi cukup tinggi. Risiko ini dapat dihindari dengan memakai pengganti ASI (PASI), yang sering disebut sebagai formula atau susu kaleng. Namun pilihan untuk memakai PASI tidak mudah.

ASI mengandung semua unsur yang dibutuhkan oleh bayi pada awal kehidupan. Bila ternyata bayi terinfeksi HIV, menyusui akan melindunginya dari banyak infeksi lain dan gizi buruk. Namun, biasanya status HIV bayi baru dapat ditentukan setelah 18 bulan. Jadi keputusan untuk menyusui atau tidak harus diambil tanpa mengetahui status HIV bayi.

Sebaliknya, PASI berisiko pada bayi bila tidak diberikan dengan jumlah yang cukup atau bila dibuat dengan air yang tidak bersih. Jelas biayanya lebih mahal. Risiko penularan HIV juga lebih tinggi bila PASI diberikan bersamaan dengan ASI.

Tambahan, bila ibu tidak menyusui, sedikitnya pada beberapa bulan pertama, pertanyaan dapat muncul di antara tetangga atau komunitas setempat, dengan kecurigaan bahwa mungkin hal ini disebabkan karena ibu HIV-positif.

Oleh karena semua masalah di atas, pedoman yang berlaku di Indonesia saat ini mengusulkan pemberian PASI dari awal asal hal ini dapat dilakukan secara aman, dapat diterima, terjangkau, terjamin berkesinambungan dan keluarga mampu membelinya. Bila persyaratan ini tidak dapat dipenuhi, bayi harus diberikan ASI secara eksklusif (tanpa makanan tambahan) selama 4-6 bulan pertama kehidupannya, selanjutnya segera disapih. Setelah disapih, anak seharusnya hanya diberikan PASI, tidak campuran ASI dan PASI.

Vaksinasi bayi

Setiap anak, termasuk yang terlahir dari ibu yang HIV-positif, seharusnya diberi vaksinasi baku seperti anak lain. Vaksinasi ini boleh termasuk vaksin BCG yang dapat diberi pada anak beberapa hari setelah lahir. Namun, bila ditunda, sebaiknya vaksinasi BCG tidak diberikan pada anak yang menunjukkan gejala AIDS, misalnya kurang bertumbuh, atau sering terkena infeksi.

Lampiran: Pedoman ARV untuk Perempuan Hamil

Keadaan Klinis	Rejimen bagi Ibu	Rejimen bagi Bayi
<p>1 Odha yang memenuhi kriteria untuk ART yang mungkin dapat hamil</p>	<p>Pastikan tidak sedang hamil sebelum mulai ART Jangan menggunakan EFV kecuali dipastikan memakai KB yang efektif (kondom) AZT + 3TC + NVP atau d4T + 3TC + NVP</p>	
<p>2 Odha yang memakai ART yang kemudian hamil</p>	<p>Lanjutkan rejimen ART yang sekarang dipakai kecuali bila mengandung EFV, dalam hal ini diganti dengan NVP atau PI bila dalam kehamilan triwulan I Lanjutkan ART yang sama selama persalinan dan pascapersalinan</p>	<p>Berikan AZT (4mg/kg BB – setiap 12 jam) selama 1 minggu atau NVP (2 mg/kg BB) dosis tunggal dalam 72 jam pertama atau NVP dosis tunggal ditambah AZT selama 1 minggu</p>
<p>3 Odha hamil yang memenuhi kriteria untuk ART</p>	<p>Tunda ART sampai setelah triwulan I Untuk ibu dengan kondisi buruk perlu dipertimbangkan untung-rugi untuk memulai ART lebih dini Berikan ART seperti pada Odha yang lain AZT + 3TC + NVP atau d4T + 3TC + NVP EFV tidak boleh diberikan pada kehamilan triwulan I</p>	<p>AZT selama 1 minggu atau NVP dosis tunggal atau NVP dosis tunggal ditambah AZT selama 1 minggu</p>
<p>4 Odha hamil & belum memenuhi kriteria untuk ART</p>	<p>AZT dimulai pada usia kehamilan 28 minggu atau sesegera mungkin setelah itu; dilanjutkan selama masa persalinan ditambah NVP dosis tunggal pada awal persalinan Rejimen alternatif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AZT dimulai pada usia kehamilan 28 minggu atau sesegera mungkin setelah itu; dilanjutkan selama persalinan • AZT + 3TC: sejak usia kehamilan 36 minggu atau sesegera mungkin setelah itu; dilanjutkan selama masa persalinan hingga 1 minggu pascapersalinan • NVP dosis tunggal setelah melahirkan 	<p>NVP dosis tunggal ditambah AZT selama 1 minggu¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • AZT selama 1 minggu¹ • AZT ditambah 3TC (2mg/kg BB – setiap 12 jam) selama 1 minggu • NVP dosis tunggal ditambah AZT selama 1 minggu¹

Keadaan Klinis	Rejimen bagi Ibu	Rejimen bagi Bayi
5 Odha hamil yang memenuhi kriteria untuk ART tetapi belum mulai ART pada masa kehamilan lanjut	Sesuai butir 4, tetapi lebih baik memakai rejimen yang paling efektif dari yang ada	
6 Ibu hamil dalam masa persalinan yang tidak diketahui status HIV atau Odha yang datang pada saat persalinan tetapi belum pernah mendapatkan ART	Untuk ibu yang belum diketahui status HIV-nya, bila ada waktu, tawarkan pemeriksaan dan konseling, bila tidak, lakukan pemeriksaan dan konseling segera setelah persalinan (dengan persetujuan) dan ikut butir 7 Bila positif Berikan NVP dosis tunggal; bila persalinan sudah terjadi jangan berikan tapi ikuti pedoman butir 7 atau AZT + 3TC pada saat persalinan dilanjutkan hingga 1 minggu pasca persalinan	NVP dosis tunggal dalam 72 jam pertama AZT + 3TC selama 1 minggu
7 Bayi lahir dari Odha yang belum pernah mendapat obat ARV		NVP dosis tunggal sesegera mungkin ditambah AZT selama 1 minggu Bila diberikan setelah 2 hari kurang bermanfaat
<p>Keterangan:</p> <p>1. Perlu dipertimbangkan untuk melanjutkan terapi bayi dengan AZT selama 4-6 minggu bila Ibu memakai ART kurang dari 4 minggu sebelum melahirkan</p> <p>NVP: nevirapine; EFV: efavirenz; BB: berat badan</p> <p>Sumber: Pedoman Nasional Terapi Antiretroviral, PPMPD Depkes RI, 2004</p>		

Diterbitkan oleh Yayasan Spiritia
© **spiritia** 2005



spiritia

Jl. Johar Baru Utara V NO. 17
Johar Baru
Jakarta 10560

Telp: (021) 422-5163, 422-5168

Fax: (021) 4287 1866

E-mail: yayasan_spiritia@yahoo.com

Juli 2005

Buku ini diterbitkan dan didistribusikan dengan
dukungan

ff THE FORD
FOUNDATION