

## HIV DALAM KEHAMILAN

### *HIV In Pregnancy*

Helwinofira<sup>1</sup>, Soufni Morawati<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Universitas Baiturrahmah

Email: helwinofira@fk.unbrah.ac.id

#### **Abstract**

*Human Immunodeficiency Virus Infection in pregnancy is a global health problem that may increase morbidity and mortality risks for both mother and infant. Mother-to-child transmission of HIV can occur during pregnancy, delivery, or breastfeeding. Risk factors influencing transmission include high maternal viral load, lack of antiretroviral therapy, opportunistic infections, and certain obstetric conditions. Clinical manifestations in pregnant women with HIV vary from asymptomatic conditions to severe opportunistic infections due to immune system suppression. Diagnosis is established through serological testing and viral load examination to assess the severity of infection. Management of HIV in pregnancy focuses on optimal antiretroviral therapy, monitoring maternal and fetal conditions, and preventing vertical transmission. With early detection and adequate therapy, the risk of mother-to-child HIV transmission can be significantly reduced, thereby improving the quality of life of both mother and child.*

**Keywords:** HIV in pregnancy, vertical transmission, antiretroviral therapy, pregnant women, opportunistic infections.

#### **Abstrak**

*Human Immunodeficiency Virus Infection dalam kehamilan merupakan masalah kesehatan global yang dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas pada ibu maupun bayi. Penularan HIV dari ibu ke anak dapat terjadi selama kehamilan, persalinan, maupun menyusui. Faktor risiko yang memengaruhi transmisi meliputi tingginya viral load maternal, kurangnya terapi antiretroviral, infeksi oportunistik, serta kondisi obstetri tertentu. Manifestasi klinis pada ibu hamil dengan HIV bervariasi, mulai dari tanpa gejala hingga infeksi oportunistik berat akibat penurunan sistem imun. Diagnosis ditegakkan melalui pemeriksaan serologis dan pemeriksaan viral load untuk menilai tingkat infeksi. Penatalaksanaan HIV dalam kehamilan berfokus pada pemberian terapi antiretroviral secara optimal, pemantauan kondisi ibu dan janin, serta pencegahan transmisi vertikal. Dengan terapi yang adekuat dan deteksi dini, risiko penularan HIV dari ibu ke bayi dapat ditekan secara signifikan sehingga meningkatkan kualitas hidup ibu dan anak.*

**Kata Kunci:** HIV dalam kehamilan, transmisi vertikal, terapi antiretroviral, ibu hamil, infeksi oportunistik.

## **PENDAHULUAN**

HIV (Human Immunodeficiency Virus) adalah retrovirus golongan RNA yang spesifik menyerang sistem imun atau sistem kekebalan tubuh manusia. Penurunan sistem kekebalan tubuh pada orang yang terinfeksi HIV memudahkan terjadinya berbagai infeksi sehingga dapat berkembang menjadi AIDS<sup>1</sup>. AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) merupakan sekumpulan gejala atau tanda

klinis pada pengidap HIV akibat infeksi oportunistik karena penurunan sistem imun. Penderita HIV menjadi lebih rentan terhadap berbagai penyakit karena imunitas tubuh yang sangat lemah, sehingga tubuh gagal melawan kuman yang pada kondisi normal tidak menimbulkan penyakit<sup>1</sup>.

Human Immunodeficiency Virus (HIV) dapat masuk ke dalam tubuh melalui tiga cara utama, yaitu melalui hubungan seksual, penggunaan jarum suntik yang tidak steril atau terkontaminasi, serta penularan dari ibu yang terinfeksi HIV kepada janin yang dikandungnya, yang dikenal sebagai Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA)<sup>2</sup>.

Infeksi HIV pada kehamilan masih menjadi masalah kesehatan global. Berdasarkan laporan terbaru UNAIDS tahun 2024, diperkirakan sekitar 40,8 juta orang hidup dengan HIV di seluruh dunia, terdiri dari 39,4 juta orang dewasa dan 1,4 juta anak usia <15 tahun<sup>3</sup>. Pada tahun 2024 tercatat sekitar 1,3 juta infeksi baru HIV dan sekitar 630.000 kematian terkait AIDS secara global<sup>3</sup>.

Di kawasan Asia dan Pasifik, termasuk Asia Tenggara, perempuan usia reproduktif masih merupakan kelompok yang terdampak signifikan. Upaya eliminasi penularan HIV dari ibu ke anak terus ditingkatkan melalui perluasan skrining antenatal dan pemberian terapi antiretroviral (ARV). Tanpa terapi, risiko penularan dari ibu ke bayi dapat mencapai 15–45%, namun dengan intervensi komprehensif risiko tersebut dapat ditekan hingga di bawah 5%<sup>4</sup>.

Di Indonesia, epidemi HIV masih menjadi tantangan kesehatan masyarakat. Berdasarkan laporan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2024–2025, diperkirakan terdapat lebih dari 560.000 orang hidup dengan HIV, dengan cakupan terapi ARV yang terus meningkat meskipun belum sepenuhnya mencapai target global 95-95-95<sup>5</sup>. Kasus HIV telah tersebar hampir di seluruh kabupaten/kota di Indonesia, dengan prevalensi yang lebih tinggi pada populasi kunci dan beberapa wilayah tertentu seperti Papua<sup>5</sup>.

Dengan demikian, HIV/AIDS tetap menjadi masalah kesehatan global dan nasional yang memerlukan upaya pencegahan, deteksi dini, serta pengobatan berkelanjutan untuk menekan angka penularan dan kematian akibat AIDS.

### **Tujuan Penulisan**

- a) Dapat meningkatkan pengetahuan tentang HIV Dalam Kehamilan bagi teman sejawat
- b) Membantu memberikan informasi tambahan pada pembaca mengenai HIV Dalam Kehamilan.

### **METODE**

Sebelum konsepsi, wanita yang terinfeksi sebaiknya melakukan konseling dengan dokter spesialis. Program ini membantu pasien dalam menentukan terapi yang optimal dan penanganan obstetrik, seperti toksisitas ARV yang mungkin terjadi, diagnosis prenatal untuk kelainan kongenital (malformasi atau kelainan kromosomal), serta menentukan cara persalinan yang boleh dilakukan.<sup>13,14</sup> Wanita yang terinfeksi disarankan untuk melakukan sitologi serviks secara rutin, menggunakan kondom saat berhubungan seksual, atau menunggu konsepsi sampai plasma viremia telah ditekan. Profilaksis terhadap PCP tidak diperlukan, tetapi infeksi oportunistik yang terjadi harus tetap diobati.<sup>13</sup>

Status awal yang harus dinilai pada ibu hamil dengan infeksi HIV adalah riwayat penyakit HIV berdasarkan status klinis, imunologis (jumlah CD4 <400 sel/mm<sup>3</sup>), dan virologis (viral load tinggi). Riwayat pengobatan, operasi, sosial, ginekologi, dan obstetrik sebelumnya harus dilakukan pada kunjungan prenatal pertama. Pemeriksaan fisik lengkap penting untuk membedakan proses penyakit HIV dengan perubahan fisik normal pada kehamilan.<sup>8</sup>

Wanita dengan HIV positif yang mengalami kelemahan mendadak selama kehamilan harus segera dievaluasi oleh tim multidisiplin yang terdiri atas dokter obstetri, pediatri, dan penyakit dalam untuk mencegah kegagalan diagnostik. Komplikasi yang berhubungan dengan HIV perlu dipertimbangkan sebagai kemungkinan penyebab kondisi akut pada ibu hamil dengan status HIV yang belum diketahui. Dalam keadaan tersebut, pemeriksaan diagnostik HIV harus segera dilakukan.

Terapi *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART) dapat meningkatkan risiko kelahiran prematur. Oleh karena itu, pemilihan dan penggunaan terapi ARV yang tepat sangat berperan penting. Wanita dengan ancaman persalinan prematur, baik dengan maupun tanpa *premature rupture of membranes* (PROM), harus menjalani skrining infeksi, terutama infeksi genital, sebelum persalinan. Bayi prematur <32 minggu umumnya belum dapat mentoleransi medikasi oral, sehingga pemberian terapi ARV pada ibu selama periode intrapartum dan postpartum dapat memberikan efek profilaksis pada janin.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Ibu dengan HIV yang telah mendapatkan terapi antiretroviral (ART) secara teratur dan memiliki viral load tersupresi diperbolehkan menyusui, karena risiko transmisi menjadi sangat rendah. Berdasarkan rekomendasi terbaru (2020–2025), ibu dianjurkan memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan bayi untuk menunjang HIV-free survival. ASI eksklusif berarti bayi hanya menerima ASI tanpa tambahan cairan atau makanan lain, termasuk susu formula.

Mixed feeding (ASI disertai susu formula atau makanan lain sebelum 6 bulan) tidak dianjurkan karena dapat meningkatkan risiko transmisi HIV akibat gangguan mukosa usus bayi. Setelah usia 6 bulan, ASI dapat dilanjutkan dengan pemberian makanan pendamping ASI (MPASI) hingga minimal usia 12 bulan atau lebih, selama ibu tetap patuh ART dan dalam pemantauan klinis yang baik.

Apabila ibu tidak dapat memberikan ASI eksklusif, maka pilihan susu formula harus melalui konseling dengan mempertimbangkan:

1. Ketersediaan air bersih dan sanitasi yang baik.
2. Kemampuan ekonomi keluarga.
3. Kepatuhan dalam penyiapan susu yang higienis.

## KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

HIV dalam kehamilan merupakan masalah kesehatan yang memerlukan perhatian serius karena berdampak pada kesehatan ibu serta berisiko menyebabkan penularan vertikal kepada bayi selama masa kehamilan, persalinan, maupun menyusui. Tanpa intervensi, risiko transmisi ibu ke anak cukup tinggi, namun dengan penatalaksanaan yang komprehensif risiko tersebut dapat ditekan secara

signifikan.

Pendekatan terapi saat ini menekankan strategi treat all, yaitu pemberian terapi antiretroviral (ART) kepada semua ibu hamil dengan HIV tanpa memandang nilai CD4 maupun stadium klinis. Regimen kombinasi tiga obat, terutama yang berbasis dolutegravir, direkomendasikan sebagai lini pertama karena efektif menekan viral load hingga tidak terdeteksi. Penurunan viral load menjadi target utama terapi karena berkaitan langsung dengan penurunan risiko transmisi perinatal.

Penatalaksanaan HIV dalam kehamilan mencakup tatalaksana prenatal, intrapartum, dan postnatal, termasuk pemilihan metode persalinan berdasarkan kadar viral load serta pemberian profilaksis antiretroviral pada bayi setelah lahir. Selain itu, pencegahan primer pada perempuan usia reproduksi, perencanaan kehamilan yang baik, serta pelaksanaan program pencegahan penularan ibu ke anak merupakan strategi penting dalam upaya eliminasi transmisi vertikal.

Dengan deteksi dini, terapi yang tepat dan berkelanjutan, serta pendekatan multidisiplin, kondisi kesehatan ibu dapat dioptimalkan dan risiko penularan HIV kepada bayi dapat ditekan semaksimal mungkin.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Gestational Hypertension and Preeclampsia. ACOG Practice Bulletin No. 222. *Obstet Gynecol.* 2020;135(6):e237–e260.
2. Brown MA, Magee LA, Kenny LC, et al. Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification and management recommendations. *Hypertension.* 2022; 79:168–185.
3. Brown MA, Magee LA, Kenny LC, et al. Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification and management recommendations. *Hypertension.* 2022; 79:168–185.
4. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. *Williams Obstetrics.* 26th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2022.
5. Duley L, Meher S, Abalos E. Management of pre-eclampsia. *BMJ.* 2021;374: n1894.
6. Hofmeyr GJ, Manyame S, Medley N, et al. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023; Issue
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Profil Kesehatan Indonesia 2022.* Jakarta: Kemenkes RI; 2023.
8. Magee LA, Brown MA, Hall DR, et al. The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP) classification. *Pregnancy Hypertension.* 2022; 27:148–169.
9. McKinney D, Boyd H, Langager A, et al. The impact of antenatal corticosteroids on neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2021;137(2):311–320.
10. Mol BWJ, Roberts CT, Thangaratinam S, et al. Pre-eclampsia. *Lancet.* 2023;401(10377):411–426.
11. POGI. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran: Hipertensi dalam Kehamilan.* Jakarta: Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia; 2022.



12. POGI. Rekomendasi Praktik Klinis Obstetri dan Ginekologi. Jakarta: POGI; 2023
13. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia. *Int J Gynecol Obstet.* 2021;155(Suppl 1):3–15.
14. Redman CWG, Staff AC. Preeclampsia, biomarkers, syncytiotrophoblast stress, and placental capacity. *Am J Obstet Gynecol.* 2023;228(2): S822–S833.
15. Roberts JM, Escudero C. The placenta in preeclampsia. *Placenta.* 2021; 102:21–27.
16. World Health Organization. WHO recommendations on the prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva: WHO; 2023.
17. Wu P, Haththotuwa R, Kwok CS, et al. Preeclampsia and future cardiovascular health. *Circulation.* 2022; 145:117–130.
18. Zeisler H, Llorca E, Chantraine F, et al. Predictive value of the sFlt-1: PlGF ratio in women with suspected preeclampsia. *N Engl J Med.* 2021; 374:13–22.