



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

616.979 2
Ind
P



PEDOMAN
PROGRAM PENCEGAHAN PENULARAN
HIV, SIFILIS & HEPATITIS B
DARI IBU KE ANAK

ISBN 978-602-416-775-2



9 786024 167752



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
JAKARTA, 2019

616.979 2

Ind
P

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal
Kesehatan Masyarakat

Pedoman program pencegahan penularan HIV,
Sifilis dan hepatitis B dari Ibu ke anak .- Jakarta :
Kementerian Kesehatan RI.2019

ISBN 978-602-416- 775-2

1. Judul I. HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS –
PREVENTION AND CONTROL II SYPHILIS CONGENTIAL –
PREVENTION AND CONTROL III. HEPATITIS B VIRUS
IV. SPREADING FACTOR



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

Pedoman Program Pencegahan Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak

**Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Jakarta
2019**

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa atas segala limpahan berkat dan rahmat-Nya dengan tersusunnya buku "Pedoman Program Pencegahan Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak" ini dapat digunakan sebagai pedoman pelaksanaan untuk upaya mempercepat eliminasi penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak di tingkat kabupaten/kota bahkan sampai ketingkat Puskesmas. Penyusunan buku ini melibatkan penanggung jawab program terkait di Kementerian Kesehatan, organisasi profesi, lembaga mitra (WHO) terkait dengan Kesehatan Ibu-Anak dan penanggulangan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B di Indonesia dan fasilitas pemberi layanan kesehatan.

Buku ini merupakan revisi dari Pedoman Pelaksanaan Pencegahan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak bagi Tenaga Kesehatan Tahun 2014 yang disusun sebagai pendukung Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2017 tentang Eliminasi Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu dan Anak serta Pedoman Eliminasi Penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak tahun 2017. Pedoman Program Pencegahan Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak ini dipandang perlu disusun sebagai panduan bagi pemegang program dan tenaga kesehatan dalam mengintegrasikan pelaksanaan layanan Kesehatan Ibu-Anak dan KB dengan program HIV, Sifilis, dan Hepatitis B untuk mencapai eliminasi penularan dari ibu ke anak atau yang sering disebut "*triple eliminasi*" pada tahun 2022.

Dalam kesempatan ini, saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada tim penyusun dan semua pihak yang telah berkontribusi serta memfasilitasi dalam proses penyusunan buku ini. Semoga buku ini bermanfaat bagi kita semua.

Jakarta, ... Juli 2019

A. Direktur Kesehatan Keluarga

dr. Erna Mulati, MSc., CMFM

KATA PENGANTAR
DIREKTUR PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN
PENYAKIT MENULAR LANGSUNG

Puji Syukur ke hadirat Allah SWT, karena atas Rahmat dan Karunia-Nya lah Revisi buku pedoman ini dapat diselesaikan. Pedoman Pelaksanaan Pencegahan Penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dari Ibu Ke Anak ini dapat dimanfaatkan sebagai upaya pencegahan dan penatalaksanaan primer, dalam rangka memutuskan mata rantai penularan dari ibu ke anak sejak pelayanan antenatal. Diharapkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pertama (FKTP) seperti Puskesmas, Klinik, dokter praktek Mandiri mampu melaksanakan deteksi dini dan mampu melakukan tatalaksana yang adekuat serta mengembangkan jejaring kerja yang berkualitas, untuk mewujudkan Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga. Upaya ini adalah bentuk kolaborasi penguatan sumber daya manusia dan fasilitas pelayanan kesehatan dalam menyiapkan generasi penerus yang berkualitas dari aspek kesehatan keluarga maupun pencegahan serta pengendalian penyakit menular langsung.

Setiap Provinsi telah terbentuk tim pelatih yang terdiri dari multisektor dan dengan adanya UU No. 23 tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, maka perlu dilakukan sinkronisasi bersama empat bidang pembagian urusan pemerintah konkuren di bidang kesehatan. Semoga pedoman Pelaksanaan Pencegahan Penularan Penyakit dari Ibu Ke Anak ini dapat dimanfaatkan secara maksimal oleh petugas kesehatan dan dapat dijadikan acuan dalam mewujudkan keluarga Indonesia yang sehat sejak kehamilan.

Saya menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang berkontribusi dalam penyempurnaan pedoman ini. Semoga Allah SWT memberikan rahmat dan hidayah-Nya bagi Bangsa Indonesia dalam mewujudkan negara yang sehat dan sejahtera, bebas dari penularan penyakit yang dapat ditularkan seorang ibu ke anak sejak proses kehamilan.

Jakarta, Januari 2019
Direktur Pencegahan dan
Pengendalian Penyakit Menular Langsung



dr. Wiendra Waworuntu, M.Kes

SAMBUTAN

DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT

Sejalan dengan tujuan pembangunan yang berkesinambungan atau *Sustainable Development Goals* (SDGs) khususnya *Goals* 3, perlu dilakukan upaya untuk menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia, termasuk ibu dan anak. Pelayanan kesehatan secara kontinum sangatlah penting, dapat dimulai dari pelayanan: kesehatan remaja, kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan dan setelah melahirkan. Pelayanan masa hamil secara terpadu/ antenatal terpadu yang berkualitas merupakan bagian yang sangat penting dalam upaya menurunkan kematian ibu serta melahirkan generasi yang sehat dan sejahtera. Selama kehamilan, ibu hamil harus mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar termasuk deteksi kemungkinan adanya penyakit/penyakit yang diderita ibu yang dapat berdampak negatif terhadap kesehatan ibu dan janinnya untuk menunjang keberhasilan 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK).

Penyakit yang harus dideteksi pada ibu selama kehamilannya antara lain adalah infeksi HIV, Sifilis, dan Hepatitis B. Infeksi HIV, Sifilis, dan Hepatitis B pada anak terjadi akibat tertular dari ibunya pada saat kehamilan, persalinan, dan menyusui. Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) yang diintegrasikan dengan upaya eliminasi hiv, Sifilis kongenital dan Hepatitis B merupakan intervensi yang sangat efektif untuk mencegah penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dari ibu ke anak. Skrining HIV, Sifilis dan Hepatitis B pada ibu hamil yang dilaksanakan dalam paket layanan antenatal terpadu dan didukung dengan upaya promotif dan preventif pada pelayanan kesehatan reproduksi remaja dan KB akan mendukung Program Nasional Eliminasi Penularan ketiga penyakit ini atau yang sering disebut "*Triple Eliminasi*".

Agar pelayanan yang terpadu ini dapat diterapkan secara menyeluruh di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan, maka disusunlah "Pedoman Program Pencegahan Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak" sebagai revisi Pedoman Pelaksanaan Pencegahan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak bagi Tenaga Kesehatan Tahun 2014. Pedoman ini disusun berdasarkan Kebijakan Program PPIA dalam Eliminasi Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2017.

Terima kasih kepada semua pihak yang telah terlibat dalam penyusunan pedoman ini. Semoga pedoman tatalaksana ini dapat melengkapi kebijakan serta kepastiaan terkait PPIA dan *triple eliminasi* yang telah ada, yang secara khusus diperuntukkan bagi penanggung jawab program UKM dan UKP, serta petugas pelaksana program itu sendiri baik di tingkat pelayanan dasar maupun di tingkat pelayanan rujukan sebagai acuan dalam pelaksanaan pelayanan yang terintegrasi.

Jakarta, Januari 2019

Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat

dr. Kirana Pritasari, MQIH

SAMBUTAN

DIREKTUR JENDERAL PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT

Infeksi HIV, Sifilis dan Hepatitis B merupakan penyakit menular yang hingga saat ini masih menjadi masalah kesehatan di dunia termasuk di Indonesia. Kejadian penularan dari ibu ke anak menempati urutan tertinggi kejadian penularan pada ke-3 penyakit ini. Penularan HIV dari ibu ke anak sebesar 20-45%, penularan Sifilis dari ibu ke anak sebesar 69-80% dan penularan Hepatitis B pada ibu hamil ke anak sebesar 90-95%.

Agar tercipta generasi penerus bangsa yang sehat dan berdaya saing, upaya pemutusan penularan 3 penyakit tersebut harus dilakukan. Upaya pemutusan penularan dari ibu ke anak akan sangat efektif bila dilakukan secara bersama sama, terintegrasi dan komprehensif pada pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA) berupa deteksi dini saat pelayanan antenatal terpadu, penanganan dini dan imunisasi pada tingkat pelayanan pertama maupun rujukan. Hal tersebut sejalan dengan Permenkes Nomor 52 tahun 2017 tentang Eliminasi penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak.

Untuk pelaksanaan pelayanan antenatal terpadu dengan HIV, Sifilis dan Hepatitis B, maka diperlukan pedoman pelaksanaan bagi para petugas kesehatan. Buku Pedoman Pelaksanaan ini dapat menjadi acuan teknis bagi para tenaga kesehatan dan pengelola program.

Ucapan terima kasih disampaikan kepada para akademisi, klinisi, organisasi profesi, lintas program dan lintas sektor, dan semua pihak yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran dalam penyusunan pedoman pelaksanaan ini, semoga Allah SWT meridhoi usaha kita semua dalam mencapai upaya eliminasi penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak di Indonesia.

Jakarta, Januari 2019

Direktur Jenderal P2P



dr. Anung Sugihantono, M.Kes.

Daftar Isi

Kata Pengantar Direktur KESGA	ii
Kata Pengantar Direktur P2MPL	iii
Sambutan Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat	iv
Sambutan Direktur Jenderal P2P	v
Daftar Isi	vi
Daftar Penyusun	vii
BAB 1 Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Kebijakan dan Strategi	2
1.2.1 Kebijakan	3
1.2.2 Strategi	4
1.2.3 Upaya	4
1.3 Tujuan PPIA untuk mencapai 'triple' Eliminasi Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari ibu ke anak	5
1.4 Tujuan Penyusunan Buku Pedoman Pelaksanaan Pencegahan Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak	5
1.6 Target	5
BAB 2. Informasi Dasar tentang HIV, Sifilis dan Hepatitis B	7
2.1 HIV	7
2.1.1 Pengertian	7
2.1.2 Penularan HIV	8
2.1.3 Perjalanan alamiah dan stadium infeksi HIV	10
2.2 Sifilis	14
2.2.1 Pengertian	14
2.2.2 Penularan Sifilis	14
2.2.3 Perjalanan alamiah infeksi Sifilis	16
2.3 Hepatitis B	18
2.3.1 Pengertian	18
2.3.2 Penularan Hepatitis B	18
2.3.3 Perjalanan Alamiah infeksi Hepatitis B	20
2.3.4 Penetapan Status Infeksi dan Indikasi Terapi Antivirus	22
BAB 3 Kegiatan Komprehensif Pencegahan Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak	24
3.1 Promosi kesehatan dan Penyebarluasan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) tentang Pencegahan Infeksi HIV, Sifilis dan Hepatitis B	24
3.2 Pencegahan Penularan Penyakit Menular Langsung HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Bayi	26
3.2.1 Pencegahan penularan infeksi HIV, Sifilis dan Hepatitis B pada wanita usia subur	27
3.2.2 Pencegahan Kehamilan yang Tidak Direncanakan pada Perempuan terinfeksi	28
3.2.3 Deteksi dini Penyakit Menular Langsung HIV, Sifilis dan Hepatitis B pada Ibu Hamil	34
3.3 Tatalaksana Ibu Hamil dengan HIV, Sifilis atau Hepatitis B	36
3.3.1 Terapi ARV pada Ibu Hamil HIV	36
3.3.2 Terapi pada Ibu Hamil dengan Infeksi Sifilis	38
3.3.3 Terapi Hepatitis B pada Ibu Hamil	43
3.4 Rencana Persalinan Aman bagi Ibu terinfeksi HIV, Sifilis atau Hepatitis B ...	44

3.4.1 Faktor yang mempengaruhi rencana persalinan ibu terinfeksi HIV, Sifilis atau Hepatitis B	45
3.4.2 Penatalaksanaan Nifas bagi Ibu terinfeksi HIV, Sifilis dan Hepatitis B	46
3.5 Penanganan Bayi Baru lahir dari Ibu HIV, Sifilis atau Hepatitis B	47
3.5.1 Pemberian Profilaksis ARV dan Kotrimoksazol pada Bayi dari Ibu HIV	47
3.5.2 Pemberian Profilaksis Benzatin Penisilin G pada Bayi dari Ibu Sifilis	49
3.5.3 Pemberian Imunisasi pasif HBIG pada Bayi dari Ibu Hepatitis B	49
3.6 Diagnosis dan Penanganan Dini Infeksi HIV, Sifilis atau Hepatitis B pada bayi atau bayi baru lahir dari ibu HIV, Sifilis atau Hepatitis B	50
3.6.1 Diagnosis dan Tatalaksana HIV pada Bayi	50
3.6.2 Diagnosis dan Tatalaksana Sifilis Kongenital	53
3.6.3 Diagnosis dan Tatalaksana Hepatitis B akut pada Bayi dari Ibu B	55
3.7 Pelayanan Imunisasi	57
3.8 Pemberian Nutrisi bagi Bayi dari Ibu HIV, Sifilis dan Hepatitis B	59
3.9 Pencegahan Penularan Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	62
3.9.1 Pencegahan Umum	64
3.9.2 Tatalaksana Pasca Paparan	64
3.9.2.1 Pertolongan Pertama Pasca Paparan pada Kasus IMLTD	65
3.9.2.2. Profilaksis Pasca Paparan HIV	67
3.9.2.3. Profilaksis pasca Paparan kasus Sifilis	69
3.9.2.4. Profilaksis Pasca Paparan pada Kasus Hepatitis B	70
BAB 4 Jejaring , Alur Pelayanan, Peran Dan Sistem Rujukan PPIA HIV, Sifilis dan Hepatitis B	73
4.1 Peran tiap Pihak dalam Jejaring Pelayanan	74
4.2 Rumah Sakit Sebagai Pengampu Paripurna Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak terkait Penyakit Menular Langsung HIV, Sifilis dan Hepatitis B	78
4.3 Pusat Kesehatan Masyarakat	78
4.4 Jejaring Pelayanan Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak	80
4.5 Sistem Rujukan	82
BAB 5 Manajemen Logistik	85
5.1 Kebijakan	85
5.2 Perencanaan Kebutuhan Bahan/Alat dan Obat untuk Pencegahan Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak	85
5.3 Bahan Medis Habis Pakai	89
5.4 Penyimpanan	89
5.5 Distribusi	89
BAB 6 Pencatatan dan Pelaporan	90
6.1 Pencatatan	90
6.2 Pelaporan	91
6.3 Monitoring dan Evaluasi	92
Daftar Pustaka	98

DAFTAR PENYUSUN

Pelindung :

dr. Anung Sugihantono, M.Kes
dr. Kirana Pritasari, MQIH

Pengarah :

dr. Wiendra Waworuntu, M.Kes
dr. Erna Mulati, MSc., CMFM
dr. Eni Gustina, MPH

Penanggung Jawab :

dr. Sedya Dwisangka, M.Epid
dr. Endang Budi Hastuti
dr. Nida Rohmawati, MPH

Editor

dr. Regina T. Sidjabat, M. Epid
dr. Ann Natalia Umar
dr. Lanny Luhukay
dr. Mularsih Restianingrum, MKM

Tim Penyusun :

Prof. dr. David H. Muljono, SpPD-FINASIM, PhD
dr. Ekarini Aryasatiani, SpOG (K)
dr. Endah Citraresmi, SpA (K)
Dr. dr. Agus S Kosasih, SpPK, MARS
dr. Lukas C Hernawan, M. Kes
Ananta Rahayu, SKM, MKM
Kristina Sitorus, SKM, MKM
dr. Trijoko Yudopuspito, MScPH
dr. Hariadi Wisnu Wardhana
dr. Mularsih Restianingrum, MKM
dr. Muhammad Yusuf, MKM
dr. Rima Damayanti, M.Kes
dr. Milwiyandia, MARS
dr. Beatrice Iswari, MKK
Maylan Wulandari, SST, MKM
Victoria Indrawati, SKM, MSc
dr. Stefani Christanti
dr. Ima Nuraina

Kontributor

Prof. Dr. dr. Ali Sulaiman, SpPD-KGEH
Prof. dr. Sjaiful Fahmi Daili, SpKK (K)
Prof. Dr. dr. Syamsuridjal Djauzi, SpPD-KAI
Prof. dr. Zubairi Djoerban, SpPD-KHOM
dr. Irsan Hasan, SpPD-KGEH
Dr. dr. Andri Sanityoso, SpPD-KGEH
Dr. dr. Ali Sungkar, SPOG (K)
Dr. dr. Wresti Indriatmi, SpKK(K), M.Epid
dr. Hanny Nilasari, Sp.KK (K)
Dr. dr. Evy Yuniastuti, SpPD-KAI, FINASIM
Dr. dr. Dina Muktiarti, SpA (K)
dr. Muhammad Alamsyah Azis, SpOG-KFM, M.Kes
dr. Nia Kurniati, SpA (K)
dr. Dyani Kusumawardhani, SpA
dr. Chyntia Olivia Jasirwan, SpPD, PHD
Dr. Emi Nurjasmu M.Kes
A.B. Firman C., SKM, M. Kes
dr. Lanawawi, M. Kes
Luh Putu Musnitarini, SKM, MPH
Ni Wayan Putri Mariani, SSiT, M. Kes
Cahyani Yuli Nastiti, Amd. Keb
dr. Parlyn Situmorang, MKM
Juni Astaty
dr. Luqman Yanuar Rachman
Ida Jamilah, SKM, M. Kes
Dadang Otrismo, AMAK
Rosmawati, SKM, M. Kes
dr. Wahyu Sumbawati

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Undang-undang nomor 35 Tahun 2014 tentang perlindungan anak pada pasal 45 menyatakan bahwa tanggungjawab orangtua, keluarga dan pemerintah (Pusat dan Daerah) dalam menjaga kesehatan anak dan merawat anak sejak dalam kandungan, serta mengisyaratkan agar negara, pemerintah Pusat dan daerah, keluarga dan orangtua wajib mengupayakan perlindungan anak. Pasal 46 mewajibkan negara untuk mengusahakan agar anak yang lahir terhindar dari penyakit yang mengancam kelangsungan hidup dan atau menimbulkan kecacatan.

Data literatur menyatakan bahwa lebih dari 90% penyakit menular langsung pada bayi, seperti infeksi HIV, Sifilis dan Hepatitis B berasal dan ditularkan dari ibu yang terinfeksi. Penularan vertikal tersebut dapat terjadi selama masa kehamilan, saat persalinan dan selama menyusui. Pada ibu hamil yang terinfeksi HIV, tanpa pengobatan dini yang tepat, separuh anak yang dilahirkan akan terinfeksi HIV dan separuh dari anak terinfeksi HIV akan meninggal sebelum ulang tahun kedua. Pada ibu hamil yang terinfeksi Sifilis, tanpa pengobatan adekuat, maka 67% bayi akan terinfeksi, sebagian kehamilan akan berakhir dengan abortus, lahir mati, lahir kemudian mati atau Sifilis Kongenital. Demikian pula pada ibu hamil dengan Hepatitis B, 95% bayi akan terinfeksi dan apabila bayi tidak mendapatkan penanganan standar lengkap dengan vaksinasi imunisasi aktif dan imunisasi pasif sesaat setelah lahir, maka bayi tidak mendapatkan perlindungan. Sekitar 90% bayi yang terinfeksi Hepatitis B pada saat dilahirkan atau pada masa perinatal berpotensi menjadi kronis dengan risiko berbagai komplikasi, mulai dari hepatitis kronis yang parah, sirosis dan kanker hati, serta menjadi sumber penularan Hepatitis B selama hidupnya. Belajar dari Program Pencegahan Penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA-HIV) atau *Prevention of Mother to Child HIV Transmission* (PMTCT-HIV) yang merupakan intervensi sangat efektif untuk mencegah penularan vertikal tersebut maka upaya kesehatan masyarakat ini diintegrasikan dengan penambahan untuk infeksi Sifilis dan Hepatitis B, karena pola transmisi dan dampak gangguan kesehatan yang relatif sama pada ibu yang terinfeksi serta juga dapat ditularkan secara langsung vertikal kepada bayi dengan akibat yang lebih membahayakan.

Berbagai kajian menunjukkan bahwa skrining Sifilis dan Hepatitis B pada ibu hamil yang dilaksanakan bersamaan dengan PPIA-HIV dalam paket pelayanan antenatal terpadu sangat efektif, efisien dan *cost-effective* (ekonomis). Dengan demikian secara program nasional upaya terhadap ketiga penyakit infeksi menular langsung ini disebut *triple eliminasi penularan dari ibu ke*

anak yang terintegrasi di dalam program kesehatan Ibu dan Anak. Upaya kesehatan masyarakat ini dimulai dengan skrining pada ibu hamil terhadap HIV, Sifilis dan Hepatitis B pada saat *antenatal care* (ANC) pertama pada trimester pertama. Tes skrining menggunakan tes cepat (*rapid test*) HIV, tes cepat Sifilis (*TP rapid*) dan tes cepat HBsAg, yang relatif murah, secara sederhana tanpa memerlukan keahlian khusus, dapat dilakukan oleh petugas kesehatan (pemberi pelayanan kesehatan langsung) dan tercatat secara valid menggunakan identitas tunggal nomor induk kependudukan atau nomor e-KTP.

Secara programatik, telah diterbitkan **Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2017 Tentang Eliminasi Penularan *Human Immunodeficiency Virus*, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak**, dengan lampiran pedomannya. Dalam perkembangannya, ternyata dalam pembagian urusan pemerintahan, pelayanan dasar kesehatan termasuk dalam pembagian urusan pemerintahan konkuren yang dalam implementasinya ditetapkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, yang telah ditindaklanjuti dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 100 Tahun 2018 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal. Kementerian Kesehatan sebagai kementerian teknis telah menetapkan **Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan**, dimana Pelayanan kesehatan ibu hamil, Pelayanan kesehatan bayi baru lahir, dan Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan Jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota. Untuk memudahkan pelaksanaan, sinergitas dan koordinasi mengingat pelaksanaannya melibatkan berbagai disiplin ilmu dan pengampu serta masyarakat maka dipandang perlu adanya Pedoman Pelaksanaan (Manlak) Teknis bagi para petugas kesehatan dalam mengintegrasikan pelayanan kesehatan antenatal care (ANC) terpadu mencakup HIV, Sifilis dan Hepatitis B.

1.2 Kebijakan, Strategi dan Langkah Utama

Kebijakan dan strategi Program Kesehatan Ibu dan Anak khususnya yang mencakup Eliminasi Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak, dalam pelaksanaannya mengacu pada pembagian urusan pemerintahan konkuren bidang kesehatan sebagai Standar Pelayanan Minimal terpadu sebagai pelayanan publik dasar dalam Sistem Administrasi Pemerintahan dan Sistem Kesehatan Nasional, khususnya Pencegahan dan Pengendalian penyakit menular langsung (P2PML), Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (P2 HIV AIDS & PIMS) serta Pencegahan dan Pengendalian Hepatitis Virus dan Infeksi Saluran Pencernaan (P2 HISP).

1.2.1 Kebijakan

Kebijakan PPIA dalam Eliminasi Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis (*Triple Eliminasi*) dari Ibu ke Anak diintegrasikan dalam layanan KIA sebagai berikut:

- a. PPIA merupakan bagian dari Program Nasional Pengendalian HIV-AIDS, IMS, Hepatitis B dan Program Kesehatan Ibu dan Anak.
- b. Pelaksanaan kegiatan PPIA diintegrasikan pada layanan KIA, Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Remaja di setiap jenjang pelayanan kesehatan dengan ekspansi secara bertahap dan melibatkan peran non-pemerintah, LSM dan komunitas.
- c. Setiap perempuan yang datang ke layanan KIA-KB dan remaja yang mendapat layanan kesehatan diberi informasi tentang PPIA.
- d. Di setiap jenjang pelayanan KIA, tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan tes HIV, Sifilis dan Hepatitis B kepada semua ibu hamil minimal 1 kali sebagai bagian dari pemeriksaan laboratorium rutin pada waktu pemeriksaan antenatal pada kunjungan pertama (K1) hingga menjelang persalinan. Pemeriksaan HIV, Sifilis dan Hepatitis B **sebaiknya** dilakukan pada kunjungan pertama di trimester pertama.
- e. Daerah yang belum mempunyai tenaga kesehatan yang mampu/berwenang melakukan tes HIV, Sifilis dan Hepatitis B tersebut tetap dilakukan dengan cara:
 - i. Merujuk ibu hamil ke fasilitas pelayanan yang memadai;
 - ii. Melakukan *on the job training* bagi petugas kesehatan (pemberi pelayanan kesehatan langsung)
 - iii. Pelimpahan wewenang kepada tenaga kesehatan lain yang terlatih dengan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan setempat. Penetapan fasyankes yang memerlukan pelimpahan wewenang petugas ditetapkan oleh Kepala Dinkes setempat.
- f. Setiap ibu hamil yang positif HIV, atau Sifilis, atau Hepatitis B wajib diberikan tatalaksana sesuai standar meliputi pemberian terapi, pertolongan persalinan, konseling menyusui dan konseling KB.
- g. Perencanaan ketersediaan logistik (obat dan reagen/tes HIV, Sifilis, reagen/tes Hepatitis B dan vaksin HB0 dan HB1g) dilaksanakan secara berjenjang mulai dari Puskesmas, Rumah Sakit, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sampai provinsi dan berkoordinasi dengan Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P, Kemenkes).
- h. Pencatatan valid berbasis nomor induk kependudukan / nomor e-KTP, yang mampu telusur untuk penanganan tindak lanjut dan Pelaporan berjenjang tepat waktu sebagai laporan akuntabilitas kinerja instansi pemerintahan terintegrasi dalam laporan pelaksanaan pembangunan daerah (LPPD).
- i. Monitoring, evaluasi, pembinaan dan pengawasan teknis serta umpan balik PPIA sebagai upaya kesehatan masyarakat.

1.2.2 Strategi

Strategi PPIA sebagai berikut:

- a. PPIA dilaksanakan oleh setiap fasilitas pelayanan kesehatan dan jejaring pelayanan KIA di seluruh Indonesia dengan ekspansi bertahap dengan tujuan eliminasi penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke anak.
- b. Pemerintah Daerah bersama Pemerintah Pusat menjamin ketersediaan dan penguatan sumber daya kesehatan, sistem pelayanan, pencatatan dan pelaporan termasuk logistik.
- c. Kebijakan lokal harus mengacu kepada kebijakan PPIA.
- d. Meningkatkan keterlibatan peran fasilitas pelayanan kesehatan swasta, lembaga swadaya masyarakat (LSM), maupun komunitas secara keseluruhan dalam jejaring pelayanan PPIA sebagai bagian dari Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB).
- e. Pemanfaatan berbagai media komunikasi untuk memastikan kesehatan ibu dan bayinya dalam mewujudkan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.
- f. Melakukan pemantauan *outcome* kehamilan sampai terpenuhinya hak anak untuk hidup sehat.

1.2.3. Upaya

Mengintegrasikan Program eliminasi penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari ibu ke anak kedalam Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak, KB dan konseling remaja yang berkualitas secara keseluruhan mencakup hal-hal berikut:

- a. Memberikan informasi dan edukasi terkait pencegahan penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B kepada remaja putri dan perempuan usia subur.
- b. Memberikan konseling mengenai perencanaan kehamilan dan keluarga berencana.
- c. Melakukan deteksi dini masalah penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan termasuk tes HIV, Sifilis dan Hepatitis B. Deteksi dini juga dilakukan pada pelayanan KB.
- d. Menyiapkan persalinan sesuai standar yang bersih dan aman.
- e. Persiapan dini danantisipasi rencana rujukan jika terjadi komplikasi.
- f. Penatalaksanaan kasus, stabilisasi serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan.
- g. Melibatkan keluarga dan suami siaga serta ibu dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi.

Berbagai upaya kesehatan masyarakat tersebut diatas dilakukan di setiap kesempatan, di semua fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama atau dasar maupun rujukan tingkat lanjut pemerintah atau swasta sebagai urusan pelayanan dasar konkuren pemerintah daerah yang secara nasional dikoordinasikan oleh pemerintah pusat Kementerian Kesehatan. Pelibatan aktif

keluarga, seluruh lapisan masyarakat, organisasi kemasyarakatan, lembaga swadaya masyarakat, mitra pembangunan secara komprehensif berkesinambungan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya

1.3 Tujuan PPIA untuk mencapai 'triple' Eliminasi Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari ibu ke anak

- a. Mencegah penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari ibu ke anak
- b. Meningkatkan kelangsungan dan kualitas hidup ibu HIV, Sifilis atau Hepatitis B
- c. Meningkatkan kelangsungan dan kualitas hidup anak HIV, Sifilis, atau Hepatitis B.
- d. Meningkatkan kemampuan profesional pelaksana pelayanan kesehatan dan manajemennya
- e. Menghilangkan segala bentuk stigma dan diskriminasi berbasis penyakit.

1.4. Tujuan Penyusunan Buku Pedoman Pelaksanaan Pencegahan Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak

Buku *Pedoman Pelaksanaan Pencegahan Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak* ini disusun sebagai acuan pelaksanaan teknis kegiatan dan layanan pencegahan penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B pada wanita usia reproduksi, ibu hamil dan bayi.

1.5 Sasaran

Sasaran dari pedoman ini adalah sebagai berikut:

- a. Pengelola program Kesehatan ditingkat Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan
- b. Pemangku kepentingan, baik Pemerintah maupun non-pemerintah, yang terkait dengan penyediaan layanan HIV-AIDS, IMS dan Hepatitis B.
- c. Tenaga kesehatan pelaksana pelayanan, yaitu dokter spesialis, dokter umum, bidan, perawat dan tenaga kesehatan lainnya yang bertugas di fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, pemerintah maupun non-pemerintah.
- d. Setiap individu, kelompok, masyarakat dan berbagai pihak yang peduli.

1.6 Target

- a. Skrining bagi setiap perempuan usia subur yang datang ke pelayanan KIA-KB terhadap HIV, IMS dan Hepatitis B. Apabila terdapat faktor risiko dan gejala/tanda, dilakukan tes.

- b. Setiap ibu hamil dilakukan tes HIV, Sifilis dan Hepatitis B pada kunjungan antenatal pertama atau sampai menjelang persalinan.
- c. Setiap ibu hamil dengan HIV, Sifilis dan Hepatitis B mendapatkan pelayanan sesuai standar.
- d. Persalinan setiap ibu hamil dengan HIV, Sifilis atau Hepatitis B di fasyankes oleh tenaga kesehatan sesuai standar.
- e. Setiap bayi lahir dari ibu HIV, Sifilis, Hepatitis B mendapatkan pelayanan sesuai standar.
- f. Batas Eliminasi penularan HIV Sifilis atau Hepatitis B adalah < 50 kasus anak per 100.000 kelahiran hidup

- **Skrining bagi setiap perempuan usia subur yang datang ke pelayanan KIA-KB terhadap HIV, IMS dan Hepatitis B. Apabila terdapat faktor risiko dan gejala/tanda, dilakukan tes.**
- **Skrining HIV, Sifilis dan Hepatitis B pada semua ibu hamil pada kunjungan pertama layanan antenatal sampai menjelang persalinan, terutama yang belum pernah dilakukan tes sebelumnya**
- **Ibu hamil dengan Hepatitis B, ibu hamil dengan Sifilis dan ibu hamil dengan HIV mendapat pengobatan dan pada prinsipnya dapat melahirkan di Puskesmas (FKTP) bila memenuhi syarat dan dirujuk bila ada indikasi obstetri, dan khususnya ibu hamil dengan HIV tanpa pengobatan ARV sesuai standar (minimal 6 bulan sebelum melahirkan).**
- **Bayi lahir dari ibu dengan HIV dan/atau Sifilis mendapatkan pemeriksaan dan terapi di Puskesmas/RS inisiasi ARV atau Satelit ARV.**
- **Bayi yang lahir dari ibu dengan Hepatitis B harus mendapatkan HB0 dan HB1g < 24 jam**

BAB 2

INFORMASI DASAR TENTANG HIV, SIFILIS DAN HEPATITIS B

2.1 HIV

2.1.1 Pengertian

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah retrovirus golongan RNA yang spesifik menyerang sistem imun/kekebalan tubuh manusia. Penurunan sistem kekebalan tubuh pada orang yang terinfeksi HIV memudahkan berbagai infeksi, sehingga dapat menyebabkan timbulnya AIDS.

AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) adalah sekumpulan gejala dan tanda klinis pada pengidap HIV akibat infeksi tumpangan (oportunistik) karena penurunan sistem imun. Dengan demikian orang yang terinfeksi HIV secara alamiah tanpa pengobatan mudah mengalami infeksi tumpangan akan berlanjut menjadi AIDS. Orang dengan HIV AIDS sering disebut ODHA. ODHA mudah terinfeksi berbagai penyakit karena imunitas tubuh yang sangat lemah, sehingga tubuh gagal melawan kuman yang biasanya tidak menimbulkan penyakit. Infeksi oportunistik ini dapat disebabkan oleh berbagai virus, jamur, bakteri dan parasit serta dapat menyerang berbagai organ, antara lain kulit, saluran cerna/usus, paru-paru dan otak. Beberapa kondisi degeneratif dan keganasan juga mungkin cenderung timbul akibat terjadinya perubahan intraseluler.

Kebanyakan orang yang terinfeksi HIV akan berlanjut menjadi AIDS bila tidak diberi pengobatan dengan antiretrovirus (ARV). Kecepatan perubahan dari infeksi HIV menjadi AIDS, sangat tergantung pada jenis dan virulensi virus, status gizi serta cara penularan. Dengan demikian infeksi HIV dibedakan menjadi 3 tipe, yaitu: a) *rapid progressor*, berlangsung 2-5 tahun; b) *average progressor*, berlangsung 7-15 tahun; dan c) *slow progressor*, lebih dari 15 tahun.

Sel limfosit, CD4 dan viral load

Leukosit merupakan sel imun utama, di samping sel plasma, makrofag dan sel mast. Sel limfosit adalah salah satu jenis leukosit (sel darah putih) di dalam darah dan jaringan getah bening. Terdapat dua jenis limfosit, yaitu limfosit B yang dihasilkan bursa omentalis dan limfosit T yang dihasilkan thymus. Limfosit B adalah limfosit yang berperan penting pada respons imun humoral melalui aktivasi produksi imun humoral, yaitu antibodi berupa imunoglobulin (Ig G, IgA, Ig M, Ig D dan Ig E). Limfosit T berperan penting pada respons imun seluler, yaitu melalui kemampuannya mengenali kuman patogen dan mengaktifasi imun seluler lainnya, seperti fagosit serta limfosit B dan sel-sel pembunuh alami (fagosit, dll). Limfosit T berfungsi menghancurkan sel yang terinfeksi

kuman patogen. Limfosit T ini memiliki kemampuan memori, evolusi, aktivasi dan replikasi cepat, serta bersifat sitotoksik terhadap antigen guna mempertahankan kekebalan tubuh.

Cluster of Differentiation (CD) adalah reseptor tempat melekatnya virus pada dinding limfosit T. Pada infeksi HIV, virus dapat melekat pada reseptor CD4 atas bantuan koreseptor CCR4 dan CXCR5. Penurunan jumlah limfosit T berCD4 (atau disingkat CD4), merupakan petunjuk untuk menunjukkan tingkat kerusakan sistem kekebalan tubuh karena pecah/rusaknya limfosit T akibat infeksi HIV. Nilai normal CD4 sekitar 800-1.500/mL; bila jumlahnya menurun drastis, berarti kekebalan tubuh sangat rendah, sehingga memudahkan masuknya infeksi dan memungkinkan berkembangnya infeksi oportunistik. Pada keadaan yang demikian ini, kuman komensal yang biasanya normal pun akan menjadi beban berat bagi tubuh akibat rendahnya jumlah CD4.

Viral load adalah kandungan jumlah virus dalam darah. Pada infeksi HIV, *viral load* dapat diukur dengan alat dan metode tertentu. Semakin besar jumlah *viral load* dalam darah ODHA, semakin besar pula kemungkinan dan kemampuan penularan HIV kepada orang lain.

2.1.2 Penularan HIV

Cara penularan HIV melalui alur sebagai berikut:

- a. Hubungan seksual: cairan sperma dan cairan vagina pengidap HIV memiliki jumlah virus yang tinggi dan cukup banyak untuk memungkinkan penularan, terlebih jika disertai IMS lainnya. Karena itu semua **hubungan seksual** yang berisiko dapat menularkan HIV, baik genital, oral maupun anal.
- b. Kontak dengan darah dan produknya, jaringan atau organ yang terinfeksi HIV: penularan HIV dapat terjadi melalui kontaminasi darah seperti **transfusi darah dan produknya** (plasma, trombosit) dan transplantasi organ yang tercemar virus HIV atau melalui penggunaan peralatan medis yang tidak steril, seperti **suntikan yang tidak aman**, misalnya penggunaan alat suntik bersama pada penasun, tato dan tindik tidak steril. Kontak langsung luka kulit atau membran mukosa dengan darah terinfeksi HIV atau cairan tubuh yang mengandung darah.
- c. Penularan dari ibu HIV ke janin/bayinya: penularan HIV dari ibu ke janin/bayi/anak terjadi melalui plasenta selama kehamilan, jalan lahir saat persalinan dan ASI pada masa menyusui.

Risiko penularan HIV dari ibu ke anak

Risiko penularan HIV dari ibu ke anak tanpa upaya pencegahan atau intervensi berkisar antara 20-50% (Tabel 1). Dengan pelayanan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak yang baik, risiko penularan dapat diturunkan menjadi kurang dari 2%. Pada masa kehamilan, plasenta melindungi janin dari infeksi HIV; namun bila terjadi peradangan, infeksi atau kerusakan barier plasenta, HIV bisa menembus plasenta, sehingga terjadi penularan dari ibu ke anak. Penularan HIV dari ibu ke anak lebih sering terjadi pada saat persalinan dan masa menyusui. Lihat pada tabel 1.

Tabel 1. Risiko penularan HIV dari ibu ke anak

Selama kehamilan	5-10 %
Saat persalinan	10-20 %
Selama menyusui (rata-rata 15%)	5-20 %
Risiko penularan keseluruhan	20 - 50%

Sumber: De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, et al. JAMA 2000; 283:1175-82

Ada tiga faktor risiko penularan HIV dari ibu ke anak, yaitu sebagai berikut:

a. Faktor Ibu

- Jumlah virus HIV dalam darah ibu (*viral load*): merupakan faktor yang paling utama terjadinya penularan HIV dari ibu ke anak: semakin tinggi jumlahnya, semakin besar kemungkinan penularannya, khususnya pada saat/menjelang persalinan dan masa menyusui bayi.
- Hitung CD4: ibu dengan hitung CD4 yang rendah, khususnya bila jumlah sel CD4 di bawah 350 / μ L, menunjukkan daya tahan tubuh yang rendah karena banyak sel limfosit yang pecah/rusak. Hitung CD4 tidak selalu berbanding terbalik dengan *viral load*. Pada fase awal keduanya bisa tinggi, sedangkan pada fase lanjut keduanya bisa rendah kalau penderitanya mendapat terapi anti-retrovirus (ARV).
- Status gizi selama kehamilan: berat badan yang rendah serta kekurangan zat gizi terutama protein, vitamin dan mineral selama kehamilan meningkatkan risiko ibu untuk mengalami penyakit infeksi yang dapat meningkatkan kadar HIV dalam darah ibu, sehingga menambah risiko penularan ke bayi.
- Penyakit infeksi selama kehamilan: IMS, misalnya Sifilis; infeksi organ reproduksi, malaria dan tuberkulosis berisiko meningkatkan kadar HIV pada darah ibu, sehingga risiko penularan HIV kepada bayi semakin besar.
- Masalah pada payudara: misalnya puting lecet, mastitis dan abses pada payudara akan meningkatkan risiko penularan HIV melalui pemberian ASI.

b. Faktor Bayi

- Usia kehamilan dan berat badan bayi saat lahir: bayi prematur atau bayi dengan berat lahir rendah lebih rentan tertular HIV karena sistem organ dan kekebalan tubuh belum berkembang baik.

- ii. Periode pemberian ASI: risiko penularan melalui pemberian ASI bila tanpa pengobatan berkisar antara 5-20%.
- iii. Adanya luka di mulut bayi: risiko penularan lebih besar ketika bayi diberi ASI.

c. Faktor Tindakan Obstetrik

Risiko terbesar penularan HIV dari ibu ke anak terjadi pada saat persalinan, karena tekanan pada plasenta meningkat sehingga bisa menyebabkan terjadinya hubungan antara darah ibu dan darah bayi. Selain itu, bayi terpapar darah dan lendir ibu di jalan lahir. Faktor-faktor yang dapat meningkatkan risiko penularan HIV dari ibu ke anak selama persalinan adalah sebagai berikut.

- i. Jenis persalinan: risiko penularan pada persalinan per vaginam lebih besar daripada persalinan seksio, karena bayi akan terkena darah dan cairan vagina ketika melewati jalan lahir sebagai cara virus HIV dari ibu masuk ke dalam tubuhnya; namun seksio sesaria memberikan banyak risiko lainnya untuk ibu.
- ii. Lama persalinan: semakin lama proses persalinan, risiko penularan HIV dari ibu ke anak juga semakin tinggi, karena kontak antara bayi dengan darah/lendir ibu semakin lama.
- iii. Ketuban pecah lebih dari empat jam sebelum persalinan meningkatkan risiko penularan hingga dua kali dibandingkan jika ketuban pecah kurang dari empat jam.
- iv. Tindakan episiotomi, ekstraksi vakum dan forsep meningkatkan risiko penularan HIV.

Ketiga faktor risiko penularan HIV dari ibu ke anak dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Faktor Risiko Penularan HIV dari Ibu ke Bayi

Faktor ibu	Faktor bayi	Faktor obstetrik
1. Jumlah virus HIV/ <i>viral load</i> dalam darah 2. Hitung CD4 3. Status gizi selama kehamilan 4. Penyakit infeksi selama kehamilan 5. Masalah payudara, jika menyusui	1. Prematuritas dan berat lahir rendah 2. Lama menyusui 3. Luka pada mulut bayi, jika bayi menyusui	1. Jenis persalinan 2. Lama persalinan 3. Ketuban pecah dini 4. Tindakan episiotomi, ekstraksi vakum dan forsep

2.1.3 Perjalanan Alamiiah dan Stadium Infeksi HIV

Terdapat tiga fase perjalanan alamiiah infeksi HIV (Bagan 1) sebagai berikut:

- a. Fase I: masa jendela (*window period*) – tubuh sudah terinfeksi HIV, namun pada pemeriksaan darahnya masih belum ditemukan antibodi anti-HIV. Pada masa jendela yang biasanya berlangsung sekitar **dua minggu sampai tiga bulan sejak infeksi awal** ini, penderita **sangat mudah menularkan HIV** kepada orang lain. Sekitar 30-50% orang mengalami gejala infeksi akut berupa demam, nyeri tenggorokan, pembesaran kelenjar getah bening, ruam kulit, nyeri sendi, sakit kepala, bisa disertai batuk seperti

gejala flu pada umumnya yang akan mereda dan sembuh dengan atau tanpa pengobatan. Fase "*flu-like syndrome*" ini terjadi akibat serokonversi dalam darah, saat replikasi virus terjadi sangat hebat pada infeksi primer HIV.

- b. Fase II: masa laten yang bisa tanpa gejala/tanda (asimtomatik) hingga gejala ringan. Tes darah terhadap HIV menunjukkan hasil yang positif, walaupun gejala penyakit belum timbul. Penderita pada fase ini penderita tetap dapat menularkan HIV kepada orang lain. Masa tanpa gejala rata-rata berlangsung selama 2-3 tahun; sedangkan masa dengan gejala ringan dapat berlangsung selama 5-8 tahun.
- c. Fase III: masa AIDS merupakan fase terminal infeksi HIV dengan kekebalan tubuh yang telah menurun drastis sehingga mengakibatkan timbulnya berbagai infeksi oportunistik, berupa peradangan berbagai mukosa, misalnya infeksi jamur di mulut.

Bagan 1. Perjalanan Alamiiah Infeksi HIV dan AIDS



Sumber: Pedoman Nasional PPIA, Kementerian Kesehatan RI, 2013

Bagan 1 menunjukkan: i) Fase I, viremia *viral load* HIV sangat tinggi sehingga penderita sangat infeksius, limfosit TCD4 menurun tajam saat *viral load* mencapai puncak, disertai *flu like syndrome*; ii) Fase II dengan *viral load* menurun dan relatif stabil, namun limfosit T CD4 berangsur-angsur menurun; dan iii) Fase III dengan *viral load* meningkat secara bertahap *gradually* makin tinggi dan limfosit T CD4 makin menurun mendekati nol sehingga terjadi gejala berkurangnya daya tahan tubuh yang progresif diikuti dengan timbulnya penyakit akibat infeksi tumpangan, misalnya tuberkulosis (TB), herpes zooster (HSV), *oral hairy cell leukoplakia* (OHL), kandidiasis oral, *pneumocystis jirovecii pneumonia* (PJP), *cytomegalovirus* (CMV), *popular pruritic eruption* (PPE) dan *mycobacterium avium* (MAC), disertai perubahan sistem dan jaringan degeneratif seluler atau keganasan.

Stadium Klinis Infeksi HIV Menurut WHO

World Health Organization menyatakan stadium klinis infeksi HIV yang dapat digunakan untuk memandu tatalaksana penderita HIV secara komprehensif berkesinambungan jika tes cepat HIV (*rapid test* HIV) dengan metoda tiga reagen secara serial (strategi tiga serial) menunjukkan hasil reaktif. Stadium klinis ini berguna untuk memandu tatalaksana penderita HIV secara komprehensif dan berkesinambungan (lihat Tabel 3 dan 4).

Tabel 3. Stadium Klinis Infeksi HIV pada Orang Dewasa Menurut WHO

	Stadium 1 Asimtomatik	Stadium 2 Sakit Ringan	Stadium 3 Sakit Sedang	Stadium 4 Sakit Berat (AIDS)
Berat badan (BB)	Tidak ada penurunan BB	Penurunan BB 5-10%	Penurunan BB > 10%	Sindroma <i>wasting</i> HIV
Gejala	Tidak ada gejala atau hanya : • Limfadenopati generalisata persisten	• Luka di sekitar bibir (keilitis angularis) • Ruam kulit yang gatal (seboroik atau prurigo) • Herpes zoster dalam 5 tahun terakhir • ISPA berulang, misalnya sinusitis atau otitis • Ulkus mulut berulang	• Kandidiasis oral atau vaginal • <i>Oral hairy leukoplakia</i> • Diare, demam yang tidak diketahui penyebabnya lebih dari satu bulan • Infeksi bakterial yang berat (pneumoni, piomiositis, dll) • TB paru dalam satu tahun terakhir • TB limfadenopati • Gingivitis/periodontitis ulseratif nekrotik akut	• Kandidiasis esophageal • Herpes simpleks ulseratif lebih dari satu bulan • Limfoma • Sarkoma kaposi • Kanker serviks invasif • Retinitis cytomegalovirus • Pneumonia pneumosistis • TB ekstra-paru • Abses otak toksoplasmosis • Meningitis kriptokokus • Ensefalopati HIV • Gangguan fungsi neurologis dan tidak oleh penyebab lain, sering kali membaik dengan ART

Tabel 4. Stadium Klinis Infeksi HIV pada Anak Menurut WHO

	Stadium 1 Asimtomatik	Stadium 2 Sakit Ringan	Stadium 3 Sakit Sedang	Stadium 4 Sakit Berat (AIDS)
Gejala	Tidak ada gejala atau hanya : Limfadenopati generalisata persisten	• Hepatosplenomegali persisten • Papular pruritic eruption (ruam berbentuk papular dan gatal) • kutil yang meluas (extensive wart) • Molluscum contagiosum yang luas • Ulkus mulut berulang • Pembesaran kelenjar parotis persisten • Eritema ginggiva lineal • Herpes zooster • ISPA berulang • Infeksi jamur kuku	• Malnutrisi sedang • Diare persisten (14 hari atau lebih) • Demam persisten (> 37,5°C intermiten atau konstan lebih dari 1 bulan) • Kandidiasis oral persisten (setelah 6 minggu pertama kehidupan) • Lekoplakia oral • Gingivitis/periodontitis ulcerative yang nekrotik akut • TB kelenjar getah bening • TB Paru • Pneumonia bakteri berulang • Pneumonitis interstitial limfoid • Penyakit paru kronis termasuk bronkiektasis • Anemia < 8 gr/dl,	• Stunting atau malnutrisi berat • Pneumosis pneumonia • Infeksi bakteri berat berulang (Empiema, pyomiositis, infeksi tulang atau sendi, meningitis) • Infeksi herpes simplek kronis (oral labial atau kulit lebih dari 1 bulan) • TB ekstra paru • Sarkoma kaposi • Kandidiasis esofagus • Toksoplasmosis • Toksoplasmosis saraf Pusat • Ensefalopati HIV • Infeksi sito megalovirus (CMV); retinitis atau infeksi CMV pada organ lain dengan onset pada usia lebih dari 1 bulan • Cryptococcosis ekstra pulmoner termasuk meningitis • Endemik mikosis (histoplasmosis ekstra pulmoner, coxsidiomikosis,

			neutropenia <0,5 x 10 ⁹ /L ³ atau trombositopenia kronis (< 50 x 10 ⁹ /L ³)	peniciliosis) • Kriptosporidiosis kronis dengan diare • Isosporiosis kronis • Infeksi mikro bakteri non TB diseminata • Sel limfoma non-Hodgkin serebral atau B-leukoensefalopati multi focal yang progresif • Kardiomiopati terkait HIV atau nefropati •
--	--	--	--	--

Sumber: WHO, 2010. Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Infant and Children

Di Indonesia, untuk meningkatkan kewaspadaan, memudahkan penanganan, dan penggolongan dalam pencatatan serta pelaporan, maka stadium klinis 1 dan 2 dikelompokkan sebagai HIV sedangkan stadium klinis 3 dan 4 dikelompokkan sebagai AIDS. Sekarang ini seringkali stadium klinis infeksi HIV pada anak disimplifikasi menjadi 3 dimana stadium klinis 3 merupakan gabungan dari stadium klinis 3 dan stadium klinis 4, karena penanganan anak dengan infeksi HIV relatif sama baik stadium klinis 1 atau 2 ataupun 3, akibat perburukan yang sangat cepat

Sesuai kewenangannya dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2014 Tentang Praktik Kedokteran, pasal 35, maka setiap dokter akan menegakkan diagnosis berdasarkan hasil wawancara anamnesis, pemeriksaan fisik dan mental serta pemeriksaan penunjang yang ditentukannya, lalu akan ditindaklanjuti dengan penatalaksanaan dan pengobatan pasien atau ibu hamil. Berdasarkan kompetensi kemampuan penanganan maka stadium klinis 1 dan 2 serta stadium 3-4 yang stabil dimasukkan sebagai SKDI 4A menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/514/2015 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama, dan telah diperkuat dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/90/2019 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana HIV.

Pencegahan penularan infeksi HIV dari ibu ke anak (PPIA) didefinisikan sebagai intervensi pencegahan infeksi HIV dari ibu kepada bayi. Intervensi pencegahan tersebut meliputi penanganan komprehensif dan berkelanjutan pada perempuan dengan HIV sejak sebelum kehamilan hingga setelah kehamilan serta termasuk penanganan bayi lahir dari ibu HIV. Empat pilar pendekatan komprehensif untuk mencegah transmisi vertikal HIV yang dikenal dengan *Prong*, yaitu:

Prong 1: Pencegahan primer infeksi HIV pada wanita usia reproduksi

Prong 2: Pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan pada wanita terinfeksi HIV

Prong 3: Pencegahan transmisi vertikal HIV dari ibu kepada bayi

Prong 4: Penyediaan terapi, perawatan dan dukungan yang baik bagi ibu dengan HIV, serta anak dan keluarganya.

Deteksi dini atau skrining HIV pada ibu hamil menjadi bagian standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan tingkat kabupaten/kota di Indonesia disebutkan secara khusus pada SPM kesehatan ke 12, dengan target wajib 100% yang ditetapkan oleh kepala daerah setempat. Deteksi dini HIV dilakukan dengan reagen pertama yang memiliki sensitivitas lebih dari 99%. Deteksi dini HIV dapat dilakukan di fasyankes atau saat kunjungan rumah oleh petugas kesehatan seperti bidan, perawat atau dokter dengan syarat tercatat secara valid yang menunjukkan fasyankes pengampu, tanggal pelayanan deteksi dini, nomor induk kependudukan (NIK) atau nomor e-KTP penerima pelayanan minimal, kelompok risiko (bisa lebih dari satu), pelaksanaan pelayanan skrining HIV (R1), hasil skriningnya, perlu tidaknya tindak lanjut.

2.2 Sifilis

2.2.1 Pengertian

Sifilis adalah suatu infeksi menular seksual, yang disebabkan oleh bakteri *spirochaeta*, yaitu *Treponema Pallidum*. Selain Sifilis, terdapat tiga jenis infeksi lain pada manusia yang disebabkan oleh treponema, yaitu: *non-venereal endemic syphilis* (telah diberantas), *frambusia* (*T pertenue*) dan *pinta* (*T carateum* di Amerika Selatan). Sifilis secara umum dapat dibedakan menjadi dua, yaitu Sifilis Kongenital (ditularkan dari ibu ke janin selama dalam kandungan) dan Sifilis yang didapat/akuisita yang ditularkan melalui hubungan seks dan produk darah yang tercemar.

2.2.2 Penularan Sifilis

Cara penularan Sifilis sama dengan penyakit IMS lainnya, yaitu umumnya melalui hubungan seksual dengan pasangan yang mengidap Sifilis. Sama seperti infeksi dalam darah (IMLTD) lainnya, Sifilis juga menular dari ibu ke bayi. Penularan Sifilis dari ibu ke bayi dapat terjadi karena *treponema pallidum* dapat menembus sawar darah plasenta, sehingga pada ibu yang telah terinfeksi sifilis sebelum hamil dapat mengalami abortus atau bayi lahir mati atau bayi lahir hidup kemudian mati, sedangkan pada ibu hamil yang baru terinfeksi sifilis dari pasangan seksualnya pada umumnya akan menghasilkan bayi lahir hidup dengan tanda sifilis akut atau sifilis kongenital. Penularan dapat terjadi sejak awal kehamilan, pada masa kehamilan, atau kontak lesi saat persalinan dan kontak dengan lesi Sifilis setelah persalinan. Umumnya penularan sifilis dari ibu ke bayi terjadi pada awal konsepsi, minggu ke-9 kehamilan, namun bisa juga pada minggu ke-16 dan ke-28 kehamilan. Sifilis pada ibu hamil yang tidak diobati dapat mengakibatkan keguguran, prematuritas, bayi berat lahir rendah, lahir mati dan Sifilis Kongenital.

Risiko penularan Sifilis dari ibu ke anak

Faktor risiko penularan Sifilis dari ibu ke anak sebagai berikut.

a. Faktor Ibu

- i. Adanya infeksi menular seksual lain selama kehamilan, misalnya IMS (HIV, gonore, dll), infeksi organ reproduksi, malaria dan tuberkulosis akan memperbesar risiko penularan Sifilis.
- ii. Penularan baru Sifilis pada ibu hamil meningkatkan risiko penularan ke anak.

b. Faktor Tindakan Obstetrik

Risiko penularan Sifilis selama masa kehamilan lebih besar dibandingkan risiko pada saat persalinan karena bakteri dapat menembus barier darah plasenta, sehingga disebut sifilis kongenital. Persalinan normal atau tindakan obstetrik tidak berpengaruh bermakna terhadap penularan sifilis dari ibu ke anak, terkecuali bila ada lesi baru di jalan lahir pada persalinan normal.

Klasifikasi Sifilis

Secara umum penyakit sifilis dapat dibedakan menjadi dua, yaitu sifilis kongenital (ditularkan dari ibu ke janin sejak dari dalam kandungan hingga saat dilahirkan) dan sifilis akuisita atau sifilis yang didapat yang ditularkan melalui hubungan seks dan produk darah yang tercemar.

a. Sifilis yang akuisita

- i. Sifilis dini, mudah menular dan merespon pengobatan dengan baik
 - 1) Sifilis stadium primer,
 - 2) Sifilis stadium sekunder,
 - 3) Sifilis laten dini (diderita selama kurang dari 1 tahun)

ii. Sifilis Lanjut

- 1) Sifilis laten lanjut (telah diderita selama lebih dari 1 tahun)
- 2) Sifilis tersier: gumma, neurosifilis, dan sifilis kardiovaskular.

b. Sifilis kongenital, Sifilis kongenital ditularkan dari ibu ke janin di dalam rahim.

- i. Sifilis kongenital dini (infeksi sifilis beberapa waktu sebelum atau akibat kontak jalan lahir)
- ii. Sifilis kongenital lanjut (sifilis transplasental sehingga bayi lahir sudah menunjukkan gejala atau tanda adanya infeksi sifilis)

Risiko penularan Sifilis dari ibu ke anak dapat terjadi selama kehamilan. Penularan paling berat terjadi saat dalam kandungan ketika bakteremia pada ibu hamil tidak diketahui sehingga

terjadi penularan transplasental dan mengakibatkan sifilis kongenital lanjut pada hasil luaran anamnesis bstetrik. Untuk menghilangkan risiko tersebut, eksplorasi faktor risiko perilaku seksual pada ibu hamil dan pasangannya perlu diperkuat dan bilamana terdapat risiko tinggi perilaku seksual pada salah satu atau keduanya maka dilakukan pemeriksaan fisik inspeksi minimal sekali pada awal kehamilan dan saat jadwal pelayanan minimal ANC ibu hamil minimal 4 kali untuk memastikan jalan lahir yang aman dan menapis sifilis dini selama kehamilan (minggu ke 9, 16, 28 dan menjelang persalinan), serta kemungkinan infeksi menular seksual lainnya (GO, CT, BV, condyloma dll).

Seperti halnya pada IMS lainnya dan HIV, maka identifikasi risiko perilaku seksual seringkali menghindari fenomena pingpong atau reinfeksi, melindungi petugas kesehatan dari risiko paparan, sekaligus memaksa petugas kesehatan untuk senantiasa melakukan kewenangannya secara legeartis profesional bebas nilai dan menghilangkan persepsi stigma dan diskriminasi pelayanan kesehatan. Pemeriksaan laboratorium sederhana TP Rapid dapat dilakukan pada setiap kali kunjungan ibu hamil berisiko tinggi atau pasangan berisiko tinggi, sesuai ketersediaan dan pertimbangan profesional. Kelompok Studi Infeksi Menular Seksual Indonesia 2018 merekomendasikan pengobatan ibu hamil terinfeksi sifilis stadium dini adekuat dengan Benzatin Penisilin G 2,4 juta IU dapat dilakukan oleh dokter umum di FKTP secara legeartis, sedangkan infeksi sifilis stadium lainnya di FKRTL secara rawat jalan.

2.2.3 Perjalanan Alamiiah Infeksi Sifilis

Sifilis Aquisita

Sejak terinfeksi Sifilis pertama kali, tubuh mengaktivasi sistem kekebalan sehingga timbul antibodi anti-Sifilis dalam 10-45 hari. Dengan demikian, **window period** atau masa inkubasi berlangsung dalam kurun waktu tersebut. Gejala fisik pertama infeksi Sifilis dapat diketahui 10-90 hari setelah terinfeksi, dengan rerata 21 hari. Munculnya lesi tunggal (*chancre*) pertama kali menunjukkan mulainya stadium primer infeksi Sifilis. Lesi/luka tersebut biasanya kenyal keras, bulat, dengan dasar bersih dan tidak terasa nyeri. Lesi bertahan selama 3-6 minggu dan sembuh sendiri dengan atau tanpa diobati. Jika penderita tidak mendapatkan pengobatan yang adekuat maka infeksi akan berlanjut ke stadium sekunder.

Stadium sekunder ditandai dengan ruam kulit, yang dapat ditemukan pada satu atau lebih bagian tubuh. Ruam tersebut tidak menimbulkan rasa gatal, tampak sebagai bercak merah kotor atau coklat kemerahan di telapak tangan/kaki. Pada bagian tubuh yang lain, ruam mungkin berbeda bentuk, sehingga dikira disebabkan oleh penyakit lain. Gejala lainnya adalah demam, pembengkakan kelenjar getah bening, radang tenggorokan, kerontokan rambut berkelompok, nyeri kepala, penurunan berat badan, nyeri otot dan mudah lelah. Gejala tersebut akan hilang dengan

sendirinya, walaupun tanpa pengobatan. Tanpa pengobatan yang tepat, infeksi akan berlanjut menjadi stadium laten/akhir.

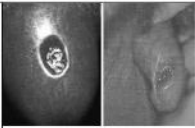
Stadium laten dimulai ketika gejala primer dan sekunder menghilang. Tanpa pengobatan, penderita tetap mengidap Sifilis sekalipun tanpa gejala dan tanda klinis apapun. Stadium laten ini dapat berlangsung bertahun-tahun. Sekitar 15% pengidap Sifilis yang tidak diobati berlanjut ke stadium akhir, sekitar 10-30 tahun sejak infeksi pertama. Gejala stadium akhir Sifilis meliputi kesulitan koordinasi gerakan otot, kelumpuhan, mati rasa dan rasa tebal, kebutaan bertahap dan demensia. Akhirnya bakteri akan merusak organ-organ dalam seperti otak, jaringan saraf, mata, jantung, pembuluh darah, hati, tulang dan persendian sehingga dapat mengakibatkan kematian. Tabel 5 menampilkan rangkuman manifestasi klinis infeksi Sifilis.

Sifilis Kongenital

Sifilis pada ibu hamil yang tidak diobati dapat mengakibatkan keguguran, prematuritas, bayi berat lahir rendah, lahir mati dan sifilis kongenital. Sifilis kongenital sendiri dapat diklasifikasikan menjadi dua yaitu, sifilis kongenital dini, dari bayi lahir sampai kurang dari 2 tahun dan sifilis kongenital lanjut, dimana penyakit ini persisten hingga lebih dari 2 tahun setelah kelahiran. Sifilis kongenital kemungkinan asimtomatis pada lebih dari 50 % kasus, terutama pada minggu pertama kehidupan. Biasanya gejala muncul pada bulan pertama tetapi manifestasi klinis baru terlihat sampai tahun kedua kehidupan. Manifestasi biasanya berupa Keratitis interstisial, limfadenopati, hepatosplenomegali, kerusakan tulang, anemia, gigi Hutchinson dan neurosifilis.

Dengan demikian manifestasi klinis sifilis sangat bergantung pada perjalanan penyakit seperti tergambar di tabel 5.

Tabel 5. Manifestasi Klinis Sifilis Akuisita dan Sifilis Kongenital

Sifilis Akuisita (didapat)		
Stadium	Manifestasi klinis	Durasi
Primer	<i>Chancre/ulcus</i> atau luka/tukak, bersifat soliter, tidak nyeri dengan batas yang tegas dan adanya indurasi dengan pembesaran kelenjar getah bening (limfadenopati) regional.	 3 minggu
Sekunder	Bercak merah polimorfik biasanya di telapak tangan/kaki, lesi mukokutan, demam, malaise, limfadenopati generalisata, kondiloma lata, <i>patchy alopecia</i> , meningitis, sakit kepala, uveitis, retinitis.	 2-12 minggu
Laten dini dan laten lanjut	Asimtomatik.	Dini: <1 tahun; Lanjut: ≥ 1 tahun

Tersier - Gumma - Sifilis kardio-vaskuler - NeuroSifilis	• Destruksi jaringan di organ/lokasi yang terinfeksi. • Aneurisma aorta, regurgitasi aorta, stenosis osteum. • Bervariasi dari asimtomatis sampai sakit kepala, vertigo, perubahan kepribadian, demensia, ataksia, pupil Argyll Robertson.	1–46 tahun 10–30 tahun 2–20 tahun
--	--	---

Sifilis Kongenital		
Dini	70% asimtomatis; infeksi fulminan dan tersebar, lesi mukokutaneous, osteokondritis, anemia, hepatosplenomegali, neuroSifilis.	Dari lahir sampai < 2 tahun
Lanjut	Keratitis interstisial, limfadenopati, hepatosplenomegali, kerusakan tulang, anemia, gigi Hutchinson, neuroSifilis.	Persisten > 2 tahun setelah kelahiran

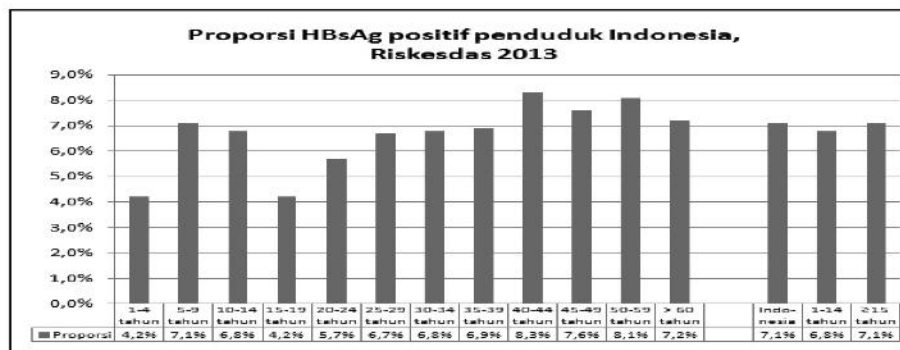
2.3 Hepatitis B

2.3.1 Pengertian

Hepatitis B adalah penyakit menular dalam bentuk peradangan hati yang disebabkan oleh virus Hepatitis B.

2.3.2 Penularan Virus Hepatitis B (HBV)

Infeksi Virus Hepatitis B (VHB) adalah suatu masalah kesehatan utama di dunia pada umumnya dan Indonesia pada khususnya. Diperkirakan bahwa sepertiga populasi dunia pernah terpajan virus ini dan 350-400 juta diantaranya merupakan pengidap Hepatitis Bⁱ. Prevalensi yang lebih tinggi didapatkan di negara berkembang, termasuk Indonesia. Di Indonesia, angka pengidap Hepatitis B pada populasi sehat diperkirakan mencapai 4,0-20,3%, dengan proporsi pengidap di luar Pulau Jawa lebih tinggi daripada di Pulau Jawa. Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2013 menunjukkan proporsi HBsAg positif sebesar 7,1%ⁱⁱ. Secara genotip, virus Hepatitis B di Indonesia kebanyakan merupakan virus dengan genotip B (66%), diikuti oleh C (26%), D (7%) dan A (0,8%)ⁱⁱⁱ.



Gambar 1. Proporsi HBsAg positif penduduk Indonesia Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.

Transmisi Hepatitis B dapat menyebar secara vertikal (dari ibu ke anak) atau horizontal (dari satu individu ke individu lainnya). Pada daerah yang endemik, transmisi umumnya secara vertikal, terutama saat masa perinatal dan 95% bayi yang tertular saat masa perinatal akan menjadi Hepatitis B kronik. Sementara itu, transmisi secara horizontal dapat melalui transfusi darah, jarum suntik yang tercemar, pisau cukur, tatto, atau transplantasi organ. Makin tinggi kadar HBV DNA pada ibu hamil, mempunyai risiko 3,5 kali penularan pada bayinya, tampak pada tabel 6.

Tabel 6. Hubungan Jumlah Kadar HBV DNA dengan Infeksi Perinatal

Maternal HBV DNA (log 10 cop/ml)	Perinatal Infection	p-value
7	6,6%	0,03
8	14,6%	0,001
9	27,7%	<0,001

Sumber: Wen M-H, et al J Hepatol, 2013 Jul; 59(1): 24-40

Dalam rangka menurunkan penularan Hepatitis B dari Ibu ke Anak, Kementerian Kesehatan RI mengeluarkan Permenkes Nomor 52 Tahun 2017 tentang Pedoman Eliminasi Penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak, dengan target eliminasi pada tahun 2022. Penyelenggaraan eliminasi tersebut dilakukan melalui kegiatan promosi kesehatan, surveilans kesehatan, deteksi dini, dan atau penanganan kasus. Deteksi dini dilakukan dengan *rapid diagnostic test* (RDT) pada ibu hamil paling sedikit satu kali pada masa kehamilan di pelayanan kesehatan yang memiliki standar diagnostik tersebut. Pemberian HBIG < 24 jam pada bayi yang lahir dari Ibu dengan Hepatitis B dapat mencegah penularan dari ibu ke anak.

2.3.3 Perjalanan Alamiiah Infeksi Hepatitis B

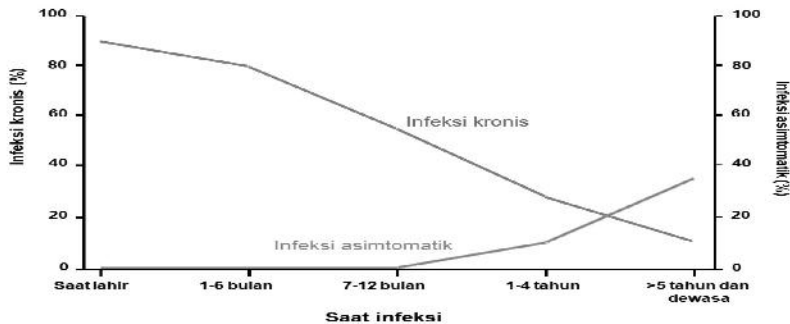
Penyakit ini disebabkan infeksi oleh virus Hepatitis B, sebuah virus DNA dari keluarga *Hepadnaviridae* dengan struktur virus berbentuk sirkular dan terdiri dari 3200 pasang basa. Seseorang dinyatakan mengidap Hepatitis B bila dalam pemeriksaan serologi didapatkan HBsAg reaktif.

Pajanan dengan virus ini akan menyebabkan dua luaran klinis, yaitu: (1) Hepatitis akut yang kemudian sembuh secara spontan dan membentuk kekebalan terhadap penyakit ini, atau (2) berkembang menjadi kronik. Luarannya menjadi Hepatitis akut atau kronis amat ditentukan oleh usia saat terjadinya infeksi. Bila infeksi terjadi saat atau sebelum kelahiran, maka lebih dari 90% kasus akan berkembang menjadi kronis. Persentase terjadinya Hepatitis kronis ini turun dengan meningkatnya usia saat infeksi terjadi; mencapai angka 5-10% pada usia >5 tahun dan dewasa.

Setelah terjadi infeksi, pada seseorang yang belum memiliki sistem imun yang matang (misalnya pada bayi) atau sistem imun lemah (misalnya penderita HIV atau keadaan defisiensi sistem imun lainnya), virus akan memasuki sel hati dan kemudian ke dalam inti sel hati. Sekali menginfeksi, virus ini akan tetap berada dalam sel hati dan bereplikasi membentuk virus baru, yang kemudian ditularkan ke sel hati lainnya, dan selanjutnya memasuki sirkulasi darah, untuk siap ditularkan ke orang lain. Pada keadaan ini, virus aktif berkembang, ditandai dengan antigen Hepatitis e (HBeAg) yang positif, namun tidak disertai gejala klinis Hepatitis (asimtomatis).

Bila infeksi terjadi pada usia yang lebih tinggi (>5 tahun dan dewasa) dan pada orang dengan sistem imun yang baik, maka infeksi dapat disertai gejala Hepatitis (simtomatis). Gejala Hepatitis tersebut dapat berupa demam ringan, mual dan muntah, ikterus, dan pembengkakan hati, disertai kenaikan bilirubin dan enzim-enzim hati (misalnya SGOT dan SGPT). Gejala-gejala ini terjadi karena radang pada hati, sebagai akibat reaksi sistem imun yang menyebabkan lisis sel hati yang didalamnya terdapat VHB. Bila sistem imun berhasil mengeliminasi sel-sel hati yang mengandung virus, maka gejala-gejala ini akan berkurang diikuti kesembuhan penderita, diikuti hilangnya HBsAg dan munculnya anti-HBs, hilangnya HBeAg dan munculnya anti-HBe. Namun bila sistem imun tidak berhasil mengeliminasi virus, proses peradangan akan tetap berlangsung sehingga penyakit berkembang menjadi Hepatitis kronik yang aktif, dan selanjutnya menjadi sirosis hati dengan risiko berkembang menjadi kanker hati. Secara ringkas manifestasi timbulnya kronisitas dapat dilihat pada gambar 2.

Gambar 2. Manifestasi Infeksi Virus Hepatitis B Menurut Usia terjadinya Infeksi



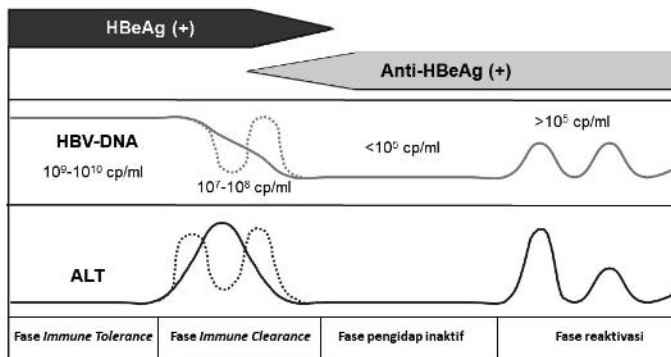
Sumber:

CDC 2015.

Pasien yang terinfeksi VHB secara kronik dapat mengalami 4 fase penyakit: (1) **fase *immune tolerance*** (Fase IT), yaitu fase disaat belum terjadi pengenalan dan reaksi sistem imun terhadap virus. Fase ini ditandai dengan kadar DNA VHB yang tinggi dengan kadar alanin aminotransferase (ALT atau SGPT) yang normal. Keadaan ini dapat berlangsung lama (3-4 dekade); (2) **fase *immune clearance*** (Fase IC), yaitu fase dimana sistem imun mengenali dan berusaha melawan virus, ditandai oleh fluktuasi level SGPT serta DNA VHB; (3) **fase pengidap inaktif**, dimana virus tidak berkembang lagi dan klinis membaik, ditandai hilangnya HBeAg dan munculnya anti-HBs (serokonversi HBeAg menjadi anti-HBe). Pada fase ini kadar DNA VHB turun (<2000 IU/ml), SGPT normal, dan kerusakan hati minimal; (4) **fase reaktivasi**, yaitu fase dimana pengidap inaktif dapat mengalami reaktivasi, dengan peningkatan kadar DNA VHB yang kembali mencapai >2000 IU/ml dan inflamasi hati kembali terjadi. Pada keadaan ini HBeAg tetap negatif, sehingga disebut fase *e-negatif Hepatitis* (ENH), dengan anti-HBe yang positif. Secara ringkas perjalanan alamiah Hepatitis B kronik dapat dilihat pada gambar 3.

Mengingat ibu hamil pada umumnya terdapat dalam kisaran usia di bawah dekade 3-4, dan ditinjau dari sistem imun tidak aktif (untuk menjaga tidak terjadinya reaksi imun terhadap bayi yang dikandungnya), maka **sebagian besar terdapat dalam fase *immune tolerance*** yang tidak memerlukan terapi antivirus. Pada fase ini, ibu hamil umumnya tidak menunjukkan tanda-tanda Hepatitis aktif secara klinis dan laboratorium. Namun justru perlu diperhatikan, bahwa dengan tingginya kadar VHB, maka potensi penularan pada saat kehamilan maupun persalinan (pre dan perinatal) amat tinggi.

Gambar 3. Perjalanan Hepatitis B Kronik



Sumber: Lok & McMahon (2009). Chronic Hepatitis B: update 2009. Hepatology 2009; 50:661-2

2.3.4. Penetapan Status Infeksi dan Indikasi Terapi Antivirus

Penetapan status infeksi serta penatalaksanaan ibu hamil di bidang Hepatitis B lebih lanjut perlu dilakukan berdasarkan PNPk atau pedoman klinis yang berlaku, baik pada saat kehamilannya oleh ahli penyakit hati atau penyakit dalam di RS rujukan, atau dokter Puskesmas yang diberi kewenangan karena SKDI Hepatitis B adalah 3A, dengan indikasi sebagai berikut:

- Pasien pada fase *Immune tolerance* dan fase pengidap Inaktif tidak memerlukan pengobatan dengan antivirus Hepatitis B, tetapi tetap diperlukan monitoring selanjutnya maupun setelah melahirkan sebagai pengidap Hepatitis B, yang sewaktu-waktu dapat memasuki fase perjalanan klinis selanjutnya.
- Pasien dalam fase *Immune clearance* dan fase reaktivasi perlu diberi pengobatan antivirus Hepatitis B, karena pada kedua fase ini penyakit dapat lebih parah dan berkembang lanjut menjadi sirosis dan kanker hati. Pemberian antivirus ini perlu diketahui dan disepakati bersama bersama ahli di bidang kebidanan.

Ibu hamil dengan Hepatitis B, dengan atau tanpa pengobatan antivirus tetap dapat melakukan ANC dan persalinan di PTKP. Persalinan di RS rujukan hanya ditetapkan atas indikasi obstetrik atau indikasi klinis lain yang memerlukan pengawasan klinis yang tidak dapat dilakukan di FTKP.

Ibu hamil dengan Hepatitis B, dengan atau tanpa pengobatan antivirus tetap dapat melakukan ANC dan persalinan di FKTP. Persalinan di RS rujukan hanya ditetapkan atas indikasi obstetrik atau indikasi klinis lain yang memerlukan pengawasan klinis yang tidak dapat dilakukan di FTKP.

- **Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dapat terjadi secara vertikal dari ibu ke anak.**
- Ibu hamil dengan HIV dan Sifilis dapat melakukan ANC di FKTP setelah mendapatkan pengobatan.
- Ibu hamil HIV dengan viralload undetectable atau telah melakukan pengobatan ARV sesuai standar (minimal 6 bulan sebelum melahirkan) dan tidak ada indikasi obstetri, maka dapat bersalin di FKTP.
- Ibu hamil dengan Hepatitis B, dengan atau tanpa pengobatan antivirus tetap dapat melakukan ANC dan persalinan di FKTP. Persalinan di RS rujukan hanya ditetapkan atas indikasi obstetrik atau indikasi klinis lain yang memerlukan pengawasan klinis yang tidak dapat dilakukan di FTKP.
- Bila ibu terinfeksi HIV/Sifilis/Hepatitis B dan mendapatkan penanganan sesuai standar, maka risiko penularan infeksi dari ibu ke anak akan minimal.
- Pencegahan Penularan Hepatitis B dari Ibu ke anak dapat dilakukan pemberian Imunisasi HB0 dan HB1g < 24 jam.
- Ibu hamil pada fase *Immuno tolerance* dan fase pengidap Inaktif tidak memerlukan pengobatan dengan antivirus Hepatitis B, tetapi tetap diperlukan monitoring selanjutnya maupun setelah melahirkan sebagai pengidap Hepatitis B.

BAB III

KEGIATAN KOMPREHENSIF PENCEGAHAN PENULARAN HIV, SIFILIS DAN HEPATITIS B DARI IBU KE ANAK

Pencegahan penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari ibu ke anak dilaksanakan secara terintegrasi dalam pelayanan KIA, KB dan Konseling Remaja, melalui kegiatan: promosi kesehatan, surveilans kesehatan, deteksi dini dan/atau penanganan kasus.

3.1 Promosi kesehatan dan Penyebarluasan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) tentang Pencegahan Infeksi HIV, Sifilis dan Hepatitis B

Kegiatan promosi kesehatan dilaksanakan dengan strategi advokasi, pemberdayaan masyarakat dan kemitraan yang ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang manfaat deteksi dini penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B; meningkatkan pengetahuan dan tanggung jawab ibu hamil, ibu nifas, pasangan, keluarga dan masyarakat juga untuk kesehatan bayinya, PHBS, pemberian makanan pada bayi, serta meningkatkan peran serta masyarakat dalam menjaga keluarga sehat sejak dalam kehamilan, sesuai tujuan akhir promosi kesehatan yaitu kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat secara mandiri dan menjadi agen perubahan baik di bidang keesehatan bagi keluarga, lingkungan sekitar, masyarakat, bangsa dan negara untuk menjamin generasi masa depan yang berkualitas, bebas dari ancaman dan gangguan penyakit serta infeksi menular langsung.

Kegiatan ini merupakan kegiatan penting yang dilaksanakan dalam upaya meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan hak atas kesehatan agar mau dan mampu mengakses pelayanan kesehatan. Komunikasi, penyebarluasan informasi dan edukasi terstruktur tentang kesehatan perlu mempertimbangkan kearifan lokal, adat istiadat, kebiasaan dan budaya serta norma sosial, tetapi wajib mengedepankan bebas stigma dan diskriminasi. Berbagai risiko atau kondisi serta persepsi dan perilaku dapat mengancam derajat kesehatan. Dalam hal penyakit menular, khususnya penyakit menular langsung seperti HIV-AIDS, Sifilis, Hepatitis B tujuan utama promosi kesehatan, komunikasi dan penyebarluasan informasi dan edukasi adalah untuk mencegah terinfeksi dan atau meluasnya penularan infeksi. Dalam upaya triple eliminasi penularan dari ibu ke anak, semua petugas kesehatan melakukan KIE kepada semua wanita usia reproduksi, khususnya ibu hamil, calon pengantin, remaja dan pasangan suami-isteri yang mengunjungi fasilitas pelayanan KIA, KB dan pelayanan kesehatan peduli remaja. Pemberian KIE tentang pencegahan penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B di fasilitas kesehatan diintegrasikan dengan layanan KIA, KB, kesehatan peduli remaja, kelas ibu hamil, kegiatan kelompok pendamping ibu dan layanan IMS, tuberkulosis dan gizi, Sifilis dan Hepatitis B, terintegrasi dalam

kelas ibu hamil dalam materi khusus atau materi umum penyuluhan kesehatan masyarakat di puskesmas, fasyankes lainnya ataupun rumah sakit sesuai ketentuan yang berlaku (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 004 Tahun 2012 Tentang Petunjuk Teknis Promosi Kesehatan Rumah Sakit, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV dan AIDS, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2017 Tentang Akreditasi Rumah Sakit).

Bagan 1 menunjukan alur layanan promosi kesehatan dan pemberian KIE pada wanita usia subur dalam berbagai kesempatan di luar maupun di dalam fasilitas pelayanan kesehatan . Bagan ini dapat diartikan bahwa wanita usia subur dapat menerima promosi kesehatan dan KIE kesehatan secara bersama-sama, individual ataupun berpasangan, sesuai tingkat kebutuhan dan kondisi lain yang mempengaruhinya. Yang harus dipastikan adalah pemberi informasi memiliki pengetahuan yang cukup dan benar serta dapat menyingkirkan persepsi stigma dan diskriminasi beralaskan kondisi kesehatan. Akan sangat lebih bagus lagi bilamana pemberi informasi bukan hanya mampu menyampaikan dengan baik, tetapi telah menggunakannya bagi dirinya sendiri, pasangan dan keluarganya sesuai prinsip Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga), dan langkah kerjanya terintegrasi sesuai pelayanan kesehatan yang dibutuhkan wanita usia subur secara umum ataupun khusus (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual)

Bagan 2. Alur Layanan KIE pada Wanita Usia Subur



3.2 Pencegahan Penularan Penyakit Menular Langsung HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Bayi

Upaya pencegahan penularan Penyakit Menular Langsung HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari ibu ke anak dilaksanakan melalui kegiatan pencegahan dan penanganan secara komprehensif berkesinambungan. Secara umum adalah :

- a. Promosi kesehatan reproduksi sehat, perencanaan keluarga sehat, perencanaan kehamilan dan perencanaan masa depan keluarga sehat.
- b. Melakukan deteksi dini HIV, Sifilis dan Hepatitis B pada perempuan usia subur serta penanganan dini yang tepat dan tuntas bagi perempuan HIV, Perempuan sifilis atau Perempuan Hepatitis B
- c. Layanan antenatal terpadu berkualitas bagi setiap ibu hamil dengan melakukan deteksi dini dan penanganan dini yang tepat bagi setiap perempuan hamil terhadap HIV, Sifilis dan Hepatitis B serta kontak tracing pasangan seksual.
- d. Memastikan tidak ada penularan HIV, Sifilis atau Hepatitis B dari ibu ke anak dengan cara:
 - i. Pengobatan setiap ibu hamil HIV dan Sifilis segera setelah penegakan diagnosis.
 - ii. Tatalaksana Hepatitis B pada ibu hamil sebaiknya dirujuk ke konsultan gastroentero hepatologi (KGEH) atau spesialis penyakit dalam. Rujukan ini terkait penyakit Hepatitis B, bukan terkait kehamilannya.
 - iii. Pasangan ibu hamil HIV, Sifilis dan Hepatitis B sebaiknya dilakukan pemeriksaan dan pengobatan sesuai dengan pedoman.
 - iv. Penanganan tuntas bayi lahir dari ibu terinfeksi HIV, Sifilis dan Hepatitis B sesuai standar :
 - a) Pemberian ARV profilaksis pada bayi dari ibu HIV dan profilaksis Kotrimoksazol
 - b) Memastikan pemeriksaan diagnosis dini (EID) pada bayi dengan ibu HIV.
 - c) Pemberian Penisilin profilaksis pada bayi dari ibu Sifilis – pemeriksaan titer sesuai waktunya
 - d) Pemberian vaksin aktif HB0 dan pasif HB1g pada bayi dari ibu Hepatitis B – kelengkapan vaksin HB (1,2,3).

- e. Dukungan bagi setiap orang dan keluarga terdampak HIV, Sifilis dan Hepatitis B baik sebagai upaya kesehatan perorangan ataupun upaya kesehatan masyarakat
 - i. Komunikasi, Informasi dan Edukasi dan konseling pemakaian kondom konsisten untuk mencegah infeksi ulang (reinfeksi) atau infeksi tambahan (superinfeksi), serta pemakaian kontrasepsi lain untuk mencegah kehamilan tidak direncanakan (KTD) dan mengatur kehamilan.
 - ii. Pelayanan kesehatan, perawatan dan dukungan sesuai kebutuhan spesifik setiap anggota keluarga agar tetap sehat dan produktif serta mandiri.
 - iii. Konseling gizi keluarga, ibu dan bayi sejak masa antenatal pertama.
 - iv. Pemantauan kesehatan keluarga secara berkala, sesuai fase tumbuh kembang bayi anak dan remaja sehat secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehat.

3.2.1 Pencegahan penularan infeksi HIV, Sifilis dan Hepatitis B pada wanita usia subur

Cara untuk menghindarkan diri dari risiko tertular HIV, Sifilis dan Hepatitis B adalah:

- a. Melakukan perilaku seksual aman
 - i. Tidak berhubungan seksual sebelum menikah
 - ii. Berhubungan seksual hanya dengan pasangan yang sah
 - iii. Menggunakan kondom secara konsisten untuk mencegah IMS
- b. Tidak menggunakan jarum suntik bergantian atau tidak steril yang berisiko menularkan penyakit infeksi menular lewat transfer darah.
- c. Apabila terinfeksi IMS, HIV dan Hepatitis B, maka pasangan wajib diperiksa dan dilakukan penanganan yang tepat untuk menghindari fenomena pingpong dan atau superinfeksi.
- d. Petugas kesehatan wajib menerapkan kewaspadaan standar agar tidak terjadi penularan horizontal non seksual.
- e. Setiap petugas kesehatan diberikan hak untuk melakukan skrining HIV, Sifilis dan Hepatitis B bagi dirinya sendiri untuk memastikan dapat diberikannya profilaksis pasca pajanan dan menghilangkan stigma dan diskriminasi pada tenaga kesehatan.

3.2.2 Pencegahan Kehamilan yang Tidak Direncanakan pada Perempuan terinfeksi

Pada prinsipnya setiap perempuan perlu merencanakan kehamilannya. Pada perempuan dengan Penyakit Menular Langsung (PML), perencanaan kehamilan harus dilakukan dengan lebih hati-hati dan matang karena adanya risiko penularan kepada bayinya.

Sebagai contoh, dengan mengetahui bahwa seorang perempuan terinfeksi HIV, maka terapi ARV segera dapat diberikan dan kehamilan dapat direncanakan setelah viral load tidak terdeteksi dan kekebalan tubuh memadai. Demikian juga pada perempuan yang diketahui terinfeksi sifilis, maka terapi adekuat dengan penisilin dapat diberikan atau terapi alternatif bagi perempuan terinfeksi sifilis, sehingga kehamilan dapat direncanakan setelah pengobatan tuntas tanpa risiko penularan sifilis transplasental ke bayinya, sekalipun TP Rapid tetap positif. Pada perempuan hepatitis B, perencanaan kehamilan dapat dilakukan ketika dalam fase immunotolerant dan karier inaktif, sehingga sekalipun HBsAg positif, karena pada HBeAg negatif maka risiko penularan ke bayi jauh lebih kecil, sekalipun bayi tetap harus mendapatkan booster vaksin imunisasi pasif HBiG.

Kegiatan yang dilakukan meliputi:

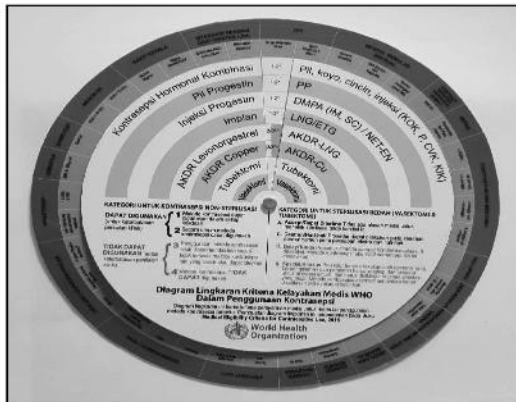
Pencegahan dan atau penundaan kehamilan pada ibu dengan PML melalui konseling dan penyediaan sarana kontrasepsi yang aman dan efektif; dan perencanaan dan persiapan kehamilan yang tepat jika ibu ingin hamil.

a. Pencegahan dan atau Penundaan Kehamilan pada Ibu dengan PML

Setiap perempuan usia subur yang datang ke pelayanan KB harus dilakukan penapisan/skrining terhadap PML sesuai indikasi dan kecurigaan petugas kesehatan pada penyakit IMS, HIV atau Hepatitis B. Bila ditemukan salah satu positif, maka harus dilakukan pemeriksaan yang lainnya. Pada perempuan usia subur yang salah satu atau ketiga positif, penggunaan kontrasepsi harus dikomunikasi dengan baik dan benar untuk dilakukan konfirmasi diagnosis dan penatalaksanaan dan pengobatan dilakukan sesuai kompetensi dan kewenangan petugas kesehatan. Kelayakan medis pemilihan kontrasepsi harus dipertimbangkan yang terbaik bagi perempuan usia subur agar kontrasepsi efektif, dengan efek samping minimal.

Secara umum, pada perempuan dengan Sifilis dan Hepatitis B pemilihan kontrasepsi mengikuti pertimbangan umum sedangkan pertimbangan khusus diperlukan untuk kondisi khusus dalam fase infeksi PML. Oleh karena itu pada setiap penemuan dini wajib diikuti dengan penanganan/pengobatan dini. Pada perempuan dengan HIV, petugas kesehatan dapat menggunakan alat bantu berupa Diagram Lingkaran Kriteria Kelayakan Medis Penggunaan Kontrasepsi WHO Edisi 2015, yang telah diadaptasi di Indonesia dalam bentuk **Diagram Lingkaran dan aplikasi Kriteria Kelayakan Medis Penggunaan Kontrasepsi WHO, 2015.**

Bagi perempuan HIV menggunakan Diagram Lingkaran Kriteria Kelayakan Medis WHO dalam Penggunaan Kontrasepsi (Diagram LKKM). **Diagram ini sudah dapat diunduh pada *hand phone* android melalui Play Store dengan memilih “KLOP KB”.**



Gambar 4. Diagram LKKM Tampak Depan

Sebagai contoh, kita putar diagram tersebut pada klien dengan HIV stadium 3 atau 4, maka AKDR-Cu memiliki kategori 3^A. Pada diagram lingkaran sisi belakang, keterangan kode “A” bermakna *“Jika kondisi timbul saat menggunakan metode kontrasepsi ini, kontrasepsi tersebut dapat dilanjutkan selama pengobatan”*. Hal ini berarti:

Klien dengan HIV stadium 3 atau 4 tidak direkomendasikan untuk memulai penggunaan AKDR-Cu. Hal ini dapat dilihat pada gambar 5



Gambar 5. Diagram LKKM Tampak Belakang

- Namun jika HIV stadium 3 atau 4 baru timbul pada saat klien **sedang** menggunakan AKDR-Cu, maka AKDR-Cu tetap dapat dilanjutkan sesuai jangka waktu pemakaian, dengan syarat klien mendapat pengobatan HIV sesuai standar.

Pilihan kontrasepsi berdasarkan urutan prioritas untuk perempuan HIV sebaiknya sebagai berikut:

1. Kontrasepsi mantap atau sterilisasi: dengan adanya risiko penularan HIV ke bayi, bila ibu dengan HIV sudah memiliki jumlah anak yang cukup, dipertimbangkan kontrasepsi mantap.
2. Kontrasepsi jangka panjang dapat menggunakan **Diagram Lingkaran Kriteria Kelayakan Medis WHO dalam Penggunaan Kontrasepsi**:
 - a. Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR): metoda ini disarankan bila risiko IMS rendah dan pasangannya tidak berisiko IMS. Sebaiknya pemasangan dilakukan segera setelah plasenta lahir, walaupun tidak tertutup kemungkinan dipasang pada fase interval. Syarat-syarat pemasangan AKDR mengikuti standar yang berlaku. Perlu perhatian khusus bila ada keluhan efek samping, seperti nyeri dan perdarahan.
 - b. Hormonal:
 - i. Pil KB kombinasi: aman dan efektif untuk perempuan dengan HIV yang tidak dalam terapi obat ARV (dan obat lain) yang dapat meningkatkan enzim hati (NVP atau EFV), karena ARV tersebut dapat menurunkan efektivitas pil KB kombinasi.
 - ii. Pil progestin: tidak direkomendasikan bagi perempuan dengan HIV yang dalam terapi obat ARV, karena ARV menurunkan efektivitas pil progestin.

iii. Suntik progestin jangka panjang: DMPA dapat digunakan bagi perempuan HIV yang dalam terapi ARV tanpa kehilangan efektivitas kontrasepsi. Metabolisme DMPA tidak dipengaruhi oleh obat ARV dan tetap dapat diberikan setiap 12 minggu.

iv. Implan: implan etonorgestrel adalah kontrasepsi yang amat efektif dan aman, namun tidak dapat digunakan pada perempuan HIV dalam terapi ARV.

Hormon estrogen mempunyai efek menurunkan efektivitas ARV. Progesteron mempunyai efek sedikit meningkatkan efektivitas ARV. Namun, sebaiknya tetap diperhatikan pada pengguna polifarmasi (misalnya perempuan HIV dengan tuberkulosis), karena semua kontrasepsi hormonal dimetabolisme di hati, demikian juga ARV. Penggunaan keduanya dalam jangka panjang memperberat fungsi hati.

Catatan: Kontrasepsi hormonal yang efektif untuk perempuan dengan HIV adalah suntik progestin jangka panjang DMPA. ARV akan menurunkan efektivitas kontrasepsi hormonal lainnya

Kondom merupakan cara terbaik untuk pencegahan penularan IMS, termasuk HIV dan Hepatitis B bila digunakan secara konsisten dengan cara pemakaian yang benar. Oleh karena itu kondom harus digunakan oleh semua pasangan, baik salah satu maupun yang keduanya terinfeksi. Kondom tidak melindungi infeksi yang berasal dari ulkus/lesi pada bagian yang tidak tertutup kondom. Walaupun telah menggunakan kondom, perempuan dengan HIV dianjurkan untuk menggunakan metoda kontrasepsi lain untuk pencegahan kehamilan (perlindungan ganda).

Pada kasus sasaran adalah seorang ODHA, maka petugas kesehatan dapat juga menggunakan Lembar Balik Perencanaan Kehamilan Bagi Pasangan Orang dengan HIV AIDS agar lebih mudah dalam memberikan informasi yang akurat dan tepat. Lembar balik ini sudah tersedia dan sangat baik digunakan dalam memperkuat upaya prong 1 dan 2.



Gambar 6. Lembar Balik Perencanaan Kehamilan Bagi Pasangan Dengan HIV AIDS

b. Perencanaan Kehamilan dan Persiapan Kehamilan yang Tepat, Jika Ibu Ingin Hamil

Bila perempuan HIV, Sifilis atau Hepatitis B dan pasangannya memutuskan ingin punya anak, maka kehamilan perlu direncanakan dengan matang. Pada HIV, Sifilis dan Hepatitis B, yang terpenting adalah perempuan dan pasangannya sudah mengetahui status kesehatannya untuk HIV, Sifilis dan atau Hepatitis B. Persyaratan mencakup aspek sosial dan aspek medis sebagai berikut.

Aspek sosial yang perlu dipertimbangkan dalam merencanakan kehamilan relatif sama pada keluarga terinfeksi ataupun tidak terinfeksi. mencakup hal-hal di bawah ini:

- i. Kehamilan harus dikehendaki oleh kedua belah pihak secara dewasa dan bertanggung jawab. Kehamilan yang tidak direncanakan berisiko buruk jauh lebih besar untuk bermasalah dibandingkan kehamilan yang direncanakan. Sedangkan kehamilan akibat ruda paksa penanganan dan penyelesaiannya sesuai ketentuan peraturan yang berlaku dan tidak boleh menempatkan perempuan menjadi korban seumur hidup di sisa hidupnya.
- ii. Perencanaan kehamilan oleh pasangan: kedua belah pihak (laki-laki dan perempuan) benar-benar memahami risiko dan konsekuensi kehamilan, persalinan dan aspek pengasuhan anak. Untuk ini diperlukan saling jujur dan terbuka terhadap pasangan menumbuhkan rasa cinta kasih dalam keluarga.
- iii. Pentingnya kesepakatan atau persetujuan keluarga: untuk menghindari penelantaran pengasuhan anak di kemudian hari akibat keterbatasan orang tua. Peran keluarga besar sangat penting atas sebuah kehamilan, untuk mendapatkan dukungan psikososial terutama dalam hal keberlanjutan pengobatan, mengingat terapi ARV merupakan terapi seumur hidup.

Aspek medis sangat bergantung pada penyakit infeksi pada ibu hamil dan sebagian meliputi hal-hal sebagai berikut:

- i. Bila ternyata perempuan yang merencanakan kehamilan terinfeksi sifilis, maka sebaiknya diterapi tuntas terlebih dahulu. Bila ternyata alergi terhadap preparat penisilin, pengobatan tuntas pada perempuan sebelum hamil dapat diberikan dengan sediaan lainnya, karena terapi adekuat pada ibu hamil hanya jika menggunakan preparat penisilin yang mampu menembus sawar darah plasenta. Pada setiap perempuan terinfeksi sifilis wajib dilakukan penapisan IMS lainnya dan penelusuran sifilis dan IMS lainnya pada pasangan, serta wajib terapi tuntas untuk menghindari fenomena pingpong dan superinfeksi. Penolakan atas anjuran upaya pengobatan dan perubahan perilaku aman wajib dilakukan secara tertulis di rekam medis.
- ii. Bila ternyata perempuan yang merencanakan kehamilan terinfeksi Hepatitis B, maka sebaiknya dikonsultasikan kepada spesialis yang kompeten atau pastikan dalam fase immuno toleran atau karier inaktif sehingga risiko infeksi hepatitis B pada bayi dapat diturunkan dengan diberikan booster vaksin immunisasi pasif HBIG selain pemberian imunisasi rutin tuntas HB 0,1,2,3. Bila ternyata viral load DNA HBV $> 10^6$ maka perlu diturunkan terlebih dahulu dengan antivirals. Pada setiap perempuan terinfeksi Hepatitis B wajib dilakukan penapisan hepatitis virus lainnya dan penapisan IMS lainnya dan tracing pasangan penelusuran Hepatitis virus, Sifilis dan IMS lainnya serta penanganan tuntas. Penolakan atas anjuran upaya pengobatan dan perubahan perilaku aman wajib dilakukan secara tertulis di rekam medis.
- iii. Bila ODHA dan pasangannya ingin merencanakan kehamilan, maka:
 - a. Pastikan status HIV pasangan diketahui, positif atau negatif
 - b. ODHA dalam terapi ARV teratur dan tidak terputus obat. Bila terdapat Infeksi Oportunistik (IO), lakukan tatalaksana IO sesuai pedoman terapi (PNPK) Tatalaksana HIV).
 - c. Periksa *viral load (VL)*, untuk mengetahui apakah sudah tersupresi (virus HIV tidak terdeteksi)
 - Bila VL tidak terdeteksi atau < 1000 kopi/mL, senggama tanpa kondom dapat dilakukan, pada masa subur.
 - Bila VL masih terdeteksi, tetap menggunakan kondom selama senggama dan minum ARV secara teratur dan disiplin sampai viraload tidak terdeteksi.

Tujuan terapi ARV dini untuk mencegah kerusakan sistem dan jaringan, dengan demikian kerentanan terhadap infeksi oportunistik dapat dicegah dan jumlah CD4 tetap tinggi. Pada pengobatan dini, sesuai HPTN 052 maka setelah pengobatan patuh minimal 6 bulan dan diteruskan seumur hidup, maka viral load setelah 6 bulan tersebut bisa mencapai level tidak terdeteksi (secara program bila jumlah VL < 1000 kopi/mL), maka risiko kemungkinan

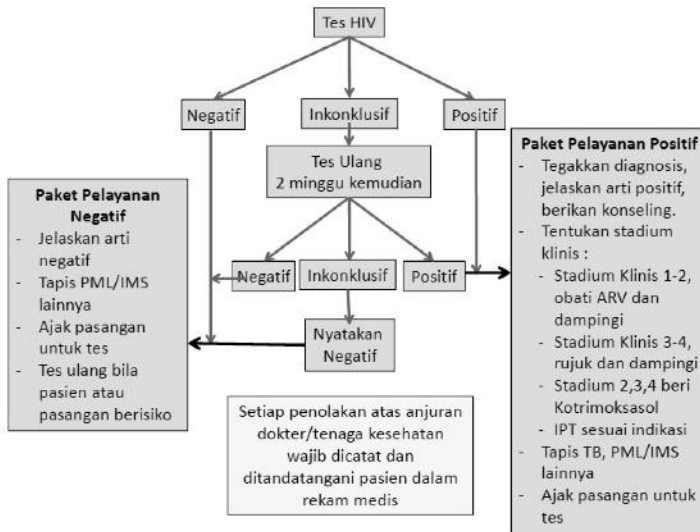
penularan HIV dari ibu ke bayi rendah. Sekalipun demikian, terapi profilaksis pada bayi dari ibu HIV tetap diberikan sesuai ketentuan.

Penolakan atas anjuran upaya pengobatan dan perubahan perilaku aman wajib dilakukan secara tertulis di rekam medis.

3.2.3. Deteksi dini Penyakit Menular Langsung HIV, Sifilis dan Hepatitis B pada Ibu Hamil

Setiap Ibu hamil wajib menerima pelayanan ANC sesuai standar. Diagnosis HIV, Sifilis dan atau Hepatitis B pada ibu hamil terintegrasi pelayanan ANC Terpadu.

Bagan 2. Tindak Lanjut Hasil Tes HIV



Tindak Lanjut dari Hasil Tes HIV pada Ibu Hamil:

- a. Bila hasil negatif, maka berikan informasi arti negatif, pentingnya menjaga agar ibu tetap sehat dengan menerapkan PHBS, tapis PML/IMS lainnya, ajak pasangan untuk tes, tes ulang bila pasien atau pasangan berisiko.
- b. Bila hasilnya positif, maka sesuai Panduan Praktik Klinis bagi dokter di Fasyankes Primer maka Dokter wajib:
 - i. menegaskan diagnosis, jelaskan arti positif, berikan konseling.
 - ii. Tentukan stadium klinis :
 - a) Stadium Klinis 1-2, obati ARV dan dampingi
 - b) Stadium Klinis 3-4, rujuk dan dampingi
 - c) Stadium 2,3,4 beri Kotrimoksasol
 - iii. Tapis TB, berikan Isoniazid Profilaksis Terapi (IPT) sesuai indikasi
 - iv. Tapis PML/IMS lainnya
 - v. Ajak pasangan untuk tes

Catatan: Setiap penolakan atas anjuran dokter/tenaga kesehatan wajib dicatat dan ditandatangani pasien dalam rekam medis

3.3. Tatalaksana Ibu Hamil dengan HIV, Sifilis atau Hepatitis B

3.3.1 Terapi ARV pada Ibu Hamil HIV

Merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 87 tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan Antiretroviral, dan menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/Menkes/514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama serta Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/90/2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana HIV, maka pengampu penatalaksanaan dan pengobatan HIV/ AIDS Tanpa Komplikasi termasuk pada ibu hamil dan pemberian ARV adalah Dokter Umum di FKTP. Semua ibu hamil dengan HIV harus diberi terapi ARV, tanpa memandang jumlah CD4, karena kehamilan itu sendiri merupakan indikasi pemberian ARV yang dilanjutkan seumur hidup (pedoman WHO 2013, opsi B+).

Untuk memulai terapi ARV perlu dipertimbangkan hal-hal berikut:

- a. Kewenangan dokter ke 5 dalam Undang-undang Praktik Kedokteran pasal 35
- b. Edukasi bagi ODHA dalam terapi ARV, mengenai ketepatan waktu, kepatuhan dan kepedulian terhadap diri sendiri, anak yang dikandung serta pasangan;
- c. Penetapan stadium klinis sangat penting untuk menduga ada tidaknya infeksi oportunistik. Pada stadium klinis 1 tanpa infeksi oportunistik dan stadium 2 masalah terutama pada kulit, maka terapi ARV segera diberikan
- d. Pada stadium 3 yang terdapat TBC dan Stadium 4 dengan wasting syndrome dll, sebaiknya segera dirujuk ke RS dengan pendampingan agar DPJP dapat melakukan penanganan terhadap infeksi oportunistik bersamaan dengan terapi ARV pada Ibu hamil. Pada ibu hamil dengan tuberkulosis: OAT selalu diberikan mendahului ARV sampai kondisi klinis pasien memungkinkan (kira-kira dua minggu sampai dua bulan) dengan fungsi hati baik untuk memulai terapi ARV atau sesuai keputusan pertimbangan keahlian DPJP. Setelah odha stabil terapi ARV dilanjutkan lagi oleh dokter di Puskesmas atau FKTP.
- e. Profilaksis kotrimoksazol diberikan pada stadium klinis 2, 3, 4 atau jika mampu memeriksa CD4 <200, tujuan utamanya untuk pencegahan primer terhadap infeksi PCP dan toksoplasmosis, infeksi bakterial (pneumonia, diare) dan juga berguna untuk mencegah malaria pada odha di daerah endemis.

Pemberian ARV pada ibu hamil dikenal dengan singkatan SADAR, yaitu sebagai berikut:

- Siap: menerima ARV, mengetahui dengan benar efek ARV terhadap infeksi HIV.
- Adherence*: kepatuhan minum obat.
- Disiplin: minum obat dan kontrol ke dokter.
- Aktif: menanyakan dan berdiskusi dengan dokter mengenai terapi.
- Rutin: memeriksa diri sesuai anjuran dokter

Protokol pemberian terapi antiretroviral (ARV) untuk ibu hamil dengan HIV

- **Paduan obat ARV sama yaitu : TDF(300mg) + 3TC (300mg) + EFV(600mg).** Tersedia dalam bentuk **Kombinasi Dosis Tetap / Fixed Dose Combination (FDC)** atau **lepasan / terpisah**.
- KDT atau FDC terbukti memiliki tingkat kepatuhan yang lebih baik karena diminum hanya sekali sehari, dibandingkan sediaan lepasan atau terpisah..
- Untuk perempuan HIV yang diketahui **sebelum kehamilan** dan sudah mendapatkan ARV, maka ARV tetap diteruskan dengan paduan obat yang sama seperti saat sebelum hamil.
- Untuk ibu hamil diketahui HIV saat pemeriksaan kehamilan, segera diberikan ARV tanpa melihat umur kehamilan, berapapun stadium klinisnya dan nilai CD4 nya.
- Untuk ibu hamil yang status HIV-nya diketahui **dalam persalinan**, segera diberikan ARV.
- Pilihan Paduan obat ARV sama dengan ibu hamil dengan HIV lainnya.
- Informasi lebih lanjut dapat dilihat pada Tabel 7 dan 8

Tabel 7. Pemberian Obat ARV pada Ibu Hamil

No	Kondisi	Rekomendasi pengobatan
1	• ODHA hamil, segera terapi ARV • ODHA datang pada masa persalinan dan belum mendapat terapi ARV, lakukan tes, bila hasil reaktif berikan ARV	• TDF(300mg) + 3TC (300mg) + EFV (600mg) <u>Alternatif:</u> • AZT (2x300mg) + 3TC (2x150mg) + NVP (1x200mg, setelah 2 minggu 2x200mg) • TDF (1x300mg) + 3TC (atau FTC) (2x150mg) + NVP (2x200mg) • AZT (2x300mg) + 3TC (2x150mg) + EFV (1x600mg)
2	ODHA sedang menggunakan ARV dan kemudian hamil	• Lanjutkan dengan ARV yang sama selama dan sesudah persalinan
3	ODHA hamil dengan Hepatitis B yang memerlukan terapi	• TDF (1x300mg) + 3TC (atau FTC) (1x300mg) + EFV (1x600mg) atau • TDF (1x300mg) + 3TC (atau FTC) (2x150mg) + NVP (2x200mg)
4	ODHA hamil dengan tuberkulosis aktif	• Bila OAT sudah diberikan, maka dilanjutkan. Bila belum diberikan, maka OAT diberikan terlebih dahulu sebelum pemberian ARV. • Rejimen untuk ibu bila OAT sudah diberikan dan tuberkulosis telah stabil: TDF + 3TC + EFV

Keterangan: AZT/ZDV: zidovudin; 3TC: lamivudin; FTC: emtricitabin; NVP: nevirapin; EFV: efavirenz; TDF: tenofovir

Tabel 8. Efek Samping Obat dan Kontraindikasi Pemberian ARV

Nama obat	Efek samping/efek toksik	Kontraindikasi
AZT	• Anemia (makin lama pajanan makin berat, namun reversibel) • Mual, sakit kepala, mialgia, insomnia	• Alergi obat • Hb < 7 g/dL • Netropenia (<750 sel/mm³) • Disfungsi hati dan ginjal berat
NVP	• Hepatotoksik (perlu observasi klinis dalam 12 minggu pertama) • Ruam kulit	• Alergi terhadap benzodiazepin • Disfungsi hati
TDF	• Nefrotoksik (perlu observasi klinis selama 6 bulan pertama)	• Disfungsi ginjal

3.3.2. Terapi pada Ibu Hamil dengan Infeksi Sifilis

Tes serologi Sifilis terdiri atas dua jenis, yaitu tes non-treponema dan treponema. Umumnya pemeriksaan tes Sifilis dilakukan dalam dua langkah. Pertama, tes non-treponema, yaitu RPR (*Rapid Plasma Reagent/Rapid Test*) dan VDRL (*Venereal Diseases Research Laboratory*). Jika hasil tes reaktif (positif), selanjutnya dilakukan konfirmasi dengan testreponema, yaitu TPHA (*Treponema Pallidum Haemagglutination Assay*), TP-PA (*Treponema Pallidum Particle Agglutination Assay*), FTA-ABS (*Fluorescent Treponemal Antibody Absorption*) dan TP rapid (*Treponema Palidum*).

Tes non-treponema mendeteksi imunoglobulin yang merupakan antibodi terhadap bahan-bahan lipid dari sel-sel *T. Pallidum* yang hancur. Antibodi ini dapat timbul sebagai reaksi terhadap infeksi treponema, namun dapat juga timbul pada berbagai kondisi lain, yaitu pada infeksi akut (misalnya: infeksi virus akut) dan penyakit kronis (misalnya: penyakit autoimun kronis). Karena itu, tes ini bersifat non-spesifik, dan bisa menunjukkan hasil positif palsu. Tes seperti ini dipakai untuk **mendeteksi infeksi dan reinfeksi** yang bersifat aktif, serta **memantau keberhasilan terapi**. Karena tes non-spesifik ini jauh lebih murah dibandingkan tes spesifik treponema, maka tes ini sering dipakai untuk skrining. Jika tes non-spesifik menunjukkan hasil reaktif (positif), selanjutnya dilakukan konfirmasi dengan tes spesifik treponema.

Tes treponema lebih bersifat spesifik terhadap Treponema. Tes ini mendeteksi antibodi yang bersifat spesifik terhadap Treponema, karena itu jarang memberikan hasil positif palsu. Tes ini dapat **menunjukkan hasil positif/reaktif seumur hidup**, walaupun terapi Sifilis telah berhasil. Tes jenis ini tidak dapat digunakan untuk membedakan antara infeksi aktif dan infeksi yang telah diterapi secara adekuat. Tes treponemal hanya **menunjukkan bahwa seseorang pernah terinfeksi treponema**, namun **tidak dapat menunjukkan apakah seseorang sedang mengalami infeksi aktif**.

Saat ini telah tersedia *rapid test syphilis* atau **TP rapid**; merupakan tes treponema yang lebih sederhana, cepat, menggunakan darah lengkap, hanya memerlukan sedikit pelatihan petugas dan tidak memerlukan peralatan dan penyimpanan khusus. Penggunaannya sangat mudah dan memberikan hasil dalam waktu yang relatif singkat (10-15 menit). Jika dibandingkan dengan TPHA

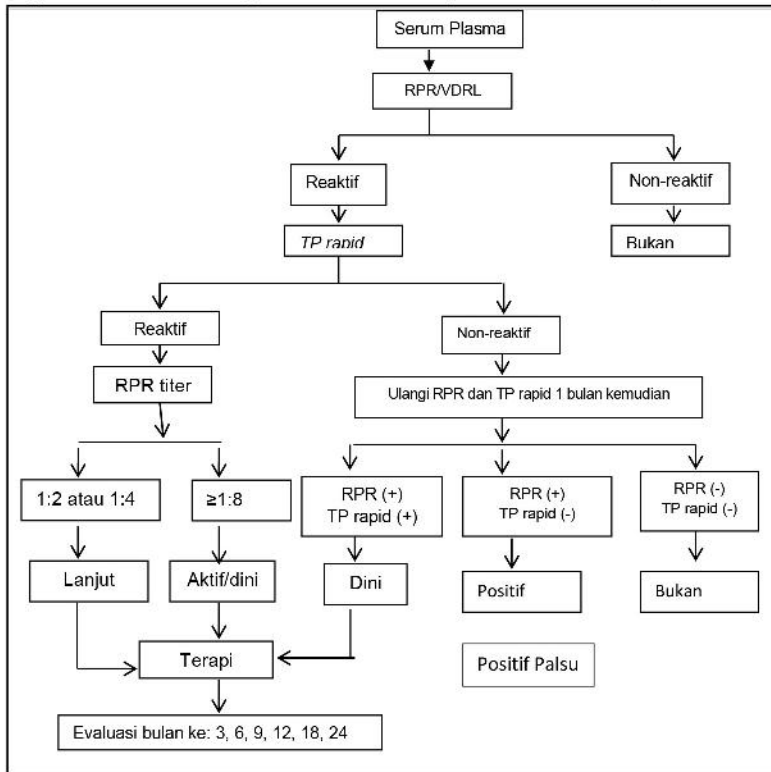
atau TPPA, sensitivitas *rapid test* ini berkisar antara 85-98%, dan spesifisitasnya berkisar antara 93-98%. *TP rapid* tidak hanya digunakan sebagai tes konfirmasi tetapi dapat digunakan untuk skrining Sifilis ditempat layanan, walaupun seperti tes treponema lainnya, tes ini tidak dapat digunakan untuk memantau efektivitas pengobatan atau membedakan antara infeksi aktif dan infeksi yang telah diterapi adekuat.

Idealnya pemeriksaan non treponema harus diikuti dengan pemeriksaan spesifik treponema, akan tetapi tidak semua tes ini tersedia difasilitas kesehatan, mungkin hanya tersedia RPR saja, atau *TP rapid* saja, atau TPHA saja. Karena ada risiko penularan pada bayinya yang dapat bermanifestasi sebagai Sifilis Kongenital, semua ibu hamil dengan hasil tes non treponema positif atau treponema positif harus segera diobati.

Di fasilitas pelayanan kesehatan dasar, jika RPR atau TPHA tidak tersedia, *TP rapid* dapat digunakan untuk skrining Sifilis ibu hamil. Jika menggunakan *TP Rapid* dan hasilnya positif, bila memungkinkan rujuk ibu hamil ke fasilitas pelayanan dengan laboratorium yang lebih lengkap untuk diperiksa titer RPR, bila tidak memungkinkan maka terapi Sifilis pada ibu hamil dapat langsung diberikan. Satu dosis benzatin penisilin 2,4 juta unit saja sudah dapat mencegah penularan infeksi pada janin. Pada fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih lengkap *TP rapid* dapat dikombinasi dengan tes lain, misalnya RPR dan TPHA.

Seperti halnya tes HIV, tes Sifilis juga mempunyai awal masa jendela, sehingga hasil negatif pada tes Sifilis belum tentu menyatakan seseorang bebas dari Sifilis. Karena itu, tes pada ibu hamil perlu diulang kembali pada saat sebelum melahirkan terutama ibu hamil didaerah prevalensi tinggi Sifilis atau ibu hamil berisiko tinggi IMS. Tes pada saat sebelum melahirkan dapat mendeteksi infeksi ulang, khususnya pada ibu hamil yang pasangannya tidak diobati atau belum pernah dilakukan tes sebelumnya.

Bagan 3. Alur Tes Serologis Sifilis bila Tes Treponema dan Non Treponema Tersedia



Hasil tes non-treponemal (RPR atau VDRL) masih bisa negatif (non reaktif) sampai empat minggu sejak pertama kali muncul lesi primer. Tes ini dapat diulang 1-3 bulan kemudian pada pasien yang dicurigai Sifilis dengan hasil RPR atau VDRL negatif.

Hasil positif tes RPR/VDRL perlu dikonfirmasi dengan TPHA/TP-PA/TP *rapid*.

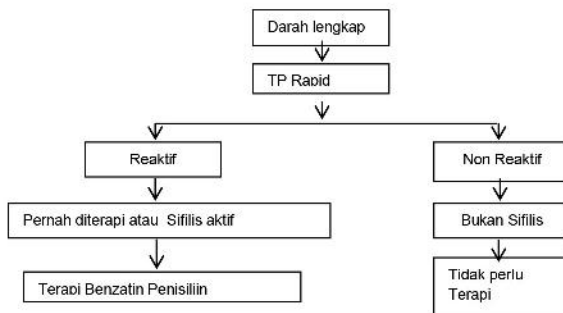
- Jika hasil tes konfirmasi: **non reaktif**, maka dianggap positif palsu dan tidak perlu diterapi namun perlu dites ulang 1-3 bulan kemudian.
- Jika hasil tes konfirmasi: **reaktif**, maka dilanjutkan dengan pemeriksaan RPR kuantitatif untuk menentukan titer, sehingga dapat diketahui apakah Sifilis aktif atau laten, serta untuk memantau respons pengobatan.

- Jika RPR reaktif, TP *rapid* reaktif dan terdapat riwayat terapi dalam tiga bulan terakhir dan berapapun titernya, anamnesis tidak ada ulkus baru, pasien tidak perlu diterapi. Pasien diobservasi dan di tes ulang tiga bulan kemudian.
 - Jika titer RPR tetap atau turun, tidak perlu diterapi lagi dan tes ulang tiga bulan kemudian
 - Jika RPR tidak reaktif atau reaktif rendah (*serofast*), pasien dinyatakan sembuh
 - Jika titer naik, berikan terapi sebagai infeksi baru/Sifilis aktif
- Jika RPR reaktif, TP *rapid* reaktif dan tidak ada riwayat terapi dalam tiga bulan terakhir bila:
 - Titer RPR < 1:4 (1:2 dan 1:4) dapat diinterpretasikan dan diterapi sebagai Sifilis laten lanjut dan dievaluasi tiga bulan kemudian
 - Titer > 1:8 dapat diinterpretasikan dan diterapi sebagai Sifilis aktif dan dievaluasi tiga bulan kemudian

Evaluasi terhadap titer RPR dilakukan tiga bulan setelah terapi:

- Jika titer RPR turun dua tahap (misalnya dari 1:64 menjadi 1:16) atau lebih, terapi dianggap berhasil. Ulangi evaluasi setiap tiga bulan di tahun pertama dan setiap enam bulan di tahun kedua untuk mendeteksi infeksi baru.
- Jika titer tidak turun dua tahap, maka dilakukan evaluasi kemungkinan reinfeksi atau Sifilis laten.

Bagan 4. Alur Tes Serologis Sifilis pada Ibu Hamil bila Hanya Tersedia TP Rapid



Pada fasilitas kesehatan yang tidak mempunyai peralatan laboratorium lengkap, pemeriksaan Sifilis pada ibu hamil dapat menggunakan TP *rapid*.

Hasil TP rapid :

- Reaktif: seperti telah disebutkan di atas tes treponema tidak dapat digunakan untuk membedakan antara infeksi aktif dan infeksi yang telah diterapi secara adekuat. Namun risiko penularan pada bayi yang dapat bermanifestasi sebagai Sifilis Kongenital, semua ibu hamil dengan hasil TP rapid positif harus segera diobati.
- Non reaktif: tidak perlu terapi

Pada Fasyankes yang tidak memiliki fasilitas pemeriksaan serologi yang lengkap, jika salah satu hasil tes Sifilis positif (baik dengan RPR atau TPHA atau TP rapid), ibu dapat langsung diobati dengan benzatin benzil penisilin 2,4 juta IU, injeksi IM dosis tunggal tanpa perlu konfirmasi dengan tes lain.

Setiap ibu hamil yang tes serologi positif (dengan metoda apa-pun) minimal diobati dengan suntikan 2,4 juta IU benzatin benzil penisilin IM pada saat itu. Bila memungkinkan diberikan 3 dosis dengan selang waktu 1 minggu, sehingga dosis total 7,2 juta unit. Terapi Sifilis pada ibu hamil dapat dilihat pada Tabel 9.

Tabel 9. Terapi Sifilis pada Ibu Hamil

Stadium	Terapi Sifilis pada ibu hamil	Alternatif bagi yang alergi penisilin
Sifilis primer dan sekunder	Benzatin benzil penisilin 2,4 juta IU, injeksi IM dosis tunggal	Eritromisin 4 x 500 mg oral / hari selama 30 hari
Sifilis laten	Benzatin benzil penisilin 2,4 juta IU, injeksi IM, satu kali/minggu selama 3 minggu berturut-turut.	Eritromisin, 4 x 500 mg oral / hari minimal selama 30 hari.

Catatan:

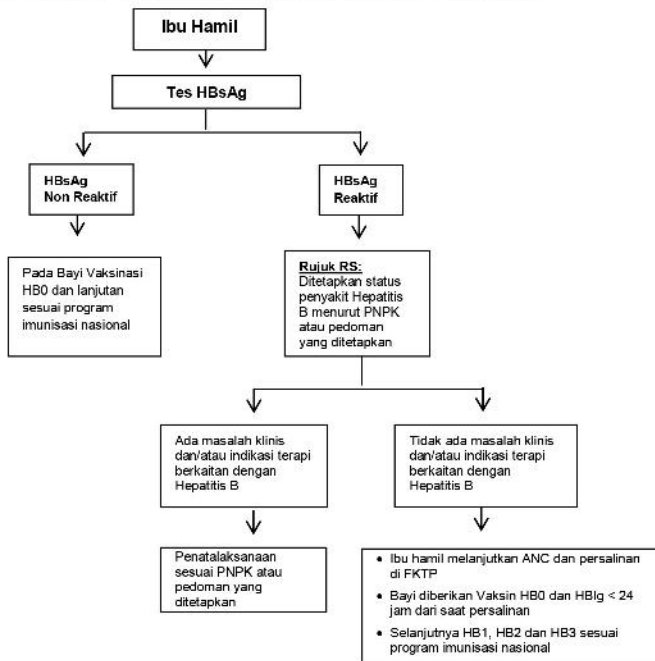
- Bila di fasilitas pelayanan kesehatan tidak di temukan obat benzatin benzil penisilin dan yang ada hanya prokain benzil penisilin, untuk terapi Sifilis dosis prokain benzil penisilin 600.000 IU setiap hari selama minimal 20 hari berturut turut, pasien mendapatkan dosis total 18 juta IU.
- Sebaiknya menggunakan injeksi benzathin benzil penisilin, karena prokain benzil penisilin bersifat **short acting** (24 Jam) dan penyuntikan selama minimal 20 hari berturut turut dapat menyebabkan **drop out** pengobatan.
- Sebelum injeksi benzathin benzyl penicillin atau prokain benzil penisilin perlu dilakukan uji penisilin terlebih dulu untuk memastikan pasien tidak alergi terhadap penisilin.

- Azitromisin dan seftriakson tidak direkomendasikan pada terapi ibu hamil Sifilis karena meningkatkan resistensi
- Eritromisin hanya diberikan pada ibu hamil Sifilis **bila memang tidak ada pilihan obat lain**

3.3.3. Terapi Hepatitis B pada Ibu Hamil

Deteksi dini Hepatitis B pada ibu hamil merupakan langkah awal pencegahan penularan virus Hepatitis B dari ibu ke bayinya.

Bagan 5. Alur Pencegahan dan Rujukan Hepatitis B Selama Kehamilan



Setelah dilakukan deteksi dini Hepatitis B pada ibu hamil, maka sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2017 tentang Pedoman Eliminasi Penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak, ibu hamil dengan hasil HBsAg reaktif dirujuk ke Rumah Sakit atau Puskesmas. Berdasarkan PNPk atau pedoman yang ditetapkan, dilakukan penetapan status penyakit Hepatitis B (oleh dokter konsultan gastroenterologi-hepatologi, ahli penyakit dalam, atau dokter umum yang mendapat kewenangan untuk melakukan hal tersebut). Penetapan ini adalah untuk menentukan apakah sebagai pengidap Hepatitis B ibu hamil tersebut memerlukan pengobatan yang berkaitan dengan Hepatitis B (memerlukan terapi antivirus, atau penatalaksanaan komplikasi yang berkaitan dengan Hepatitis B).

Langkah selanjutnya adalah:

- Bila terdapat masalah klinis dan/atau indikasi terapi berkaitan dengan Hepatitis B, maka penatalaksanaan Hepatitis B tersebut dilakukan di Rumah Sakit/Puskesmas tersebut, atau kembalikan ke FKTP asal, disertai saran-saran selanjutnya.
- Bila tidak didapatkan masalah klinis dan/atau indikasi terapi berkaitan dengan Hepatitis B, maka Ibu hamil dapat melanjutkan ANC dan persalinan di FKTP.

Pengobatan ibu hamil dengan Hepatitis B yang dirujuk dan ditangani oleh dokter spesialis penyakit dalam atau konsultan gastro enterologi dan hepatologi di Rumah Sakit Rujukan dengan pembiayaan menggunakan BPJS/asuransi mandiri lainnya. (di RS sudah tersedia PNPK Hepatitis B). Pada wanita hamil yang telah didiagnosis mengidap infeksi VHB kronik pada awal kehamilan, keputusan dimulainya terapi harus melihat risiko dan keuntungan pengobatan tersebut.

Secara umum, pengobatan diberikan kepada pada pasien Hepatitis B kronis mengalami radang hati aktif (fase *immune reactive*), pasien dengan fibrosis hepatic atau dengan risiko dekompensasi hati. Indikasi terapi antivirus Hepatitis B pada ibu hamil secara umum sama dengan pasien Hepatitis B kronis yang tidak hamil. Namun untuk ibu hamil yang tidak termasuk dalam keadaan di atas, sesuai dengan PNPK atau pedoman yang berlaku, pemberian antivirus Hepatitis B dapat dilakukan mulai trimester 3 untuk menghindari transmisi perinatal, setelah berkonsultasi dengan dokter ahli kebidanan.

Kepada bayi yang lahir dari ibu hamil dengan HBsAg reaktif tersebut diberikan Vaksin HB0 dan HB1g < 24 jam. Dan selanjutnya HB1, HB2 dan HB3 sesuai program imunisasi nasional.

Persalinan dapat dilakukan dengan cara normal di FKTP bila tidak ada masalah obstetrik dan/atau klinis pada ibu dan bayi yang dikandung. Persalinan dengan pembedahan (*Seccio caesaria*) dilakukan atas dasar indikasi obstetrik, atau bila ada **kontra indikasi klinis untuk persalinan normal** (misalnya kelainan jantung, paru, dan kelainan lain yang tidak memungkinkan dilakukan persalinan secara normal).

3.4. Rencana Persalinan Aman bagi Ibu terinfeksi HIV, Sifilis atau Hepatitis B.

Dua pertiga transmisi vertikal infeksi HIV pada bayi terjadi di masa akhir kehamilan hingga persalinan. Prosedur bedah sesar elektif menurunkan risiko transmisi vertikal HIV sebesar 50% bila dibandingkan dengan metode persalinan lain. Metode persalinan tidak berpengaruh terhadap kejadian transmisi vertikal HIV pada ODHA hamil yang dalam terapi ARV.

Bedah sesar elektif dilakukan pada ODHA hamil dengan jumlah viral load >1000 kopi/mL pada usia gestasi 38 minggu untuk mengurangi risiko transmisi vertikal infeksi HIV atau bila jumlah

viral load tidak diketahui pada trimester ketiga kehamilan. Namun jika jumlah viral load ≤ 1000 kopi/mL, bedah sesar elektif tidak dilakukan secara rutin kecuali atas indikasi obstetrik.

Rekomendasi persalinan pada negara berkembang lebih menekankan kepada pentingnya pencegahan infeksi melalui kewaspadaan standar, menghindari pemecahan selaput ketuban, dan tindakan invasif seperti episiotomi untuk menurunkan kemungkinan transmisi vertikal HIV.

Tujuan utama persalinan aman bagi ibu terinfeksi HIV, Sifilis atau Hepatitis B adalah menurunkan risiko penularan dari ibu ke bayi, kepada tim penolong (medis/non-medis) dan pasien lainnya, serta risiko perburukan kondisi ibu. Kemampuan profesional dalam pertolongan persalinan secara legeartis dengan kewaspadaan standar menjadi prasyarat utama pada setiap pertolongan persalinan normal maupun tindakan.

3.4.1. Faktor yang mempengaruhi rencana persalinan ibu terinfeksi HIV, Sifilis atau Hepatitis B

Persalinan melalui bedah sesar berisiko lebih kecil untuk penularan terhadap bayi, namun menambah risiko lainnya untuk ibu. Untuk itu penting sekali dipastikan bahwa ibu terinfeksi telah memperoleh pengobatan yang adekuat bila sifilis (menggunakan penisilin), viral load HIV tidak terdeteksi atau viral load DNA HBV kurang dari $\log 10^5$. Pada ketiga keadaan tersebut, asuhan persalinan normal pervaginam dapat dilakukan dengan kewaspadaan standar. Hal hal yang perlu diperhatikan pada persalinan normal untuk ibu bersalin HIV antara lain : ibu telah mendapat pengobatan ARV minimal enam bulan dan atau *viral load* tidak terdeteksi (undetected) yaitu kurang dari 1000 kopi/mm³ pada minggu ke-36. Pada ibu Sifilis dan Hepatitis B umumnya asuhan persalinan normal pervaginam dapat dilakukan dengan kewaspadaan standar bila tidak ada indikasi obstetrik lainnya (gangguan 3P yaitu, *Power*, *Passage* dan *Pasenger*). Tabel 10 menampilkan keuntungan dan kerugian kedua jenis persalinan.

Tabel 10. Keuntungan dan Kerugian Jenis Persalinan

Metode persalinan	Keuntungan	Kerugian
HIV		
Per vaginam	1. Mudah dilakukan di sarana kesehatan yang terbatas 2. Masa pemulihan pasca persalinan singkat 3. Biaya rendah	Risiko penularan pada bayi relatif tinggi 10-20% , kecuali ibu telah minum ARV teratur ≥ 6 bulan atau diketahui kadar viral load < 1000 kopi/ mL pada minggu ke-36
Seksio sesarea elektif	1. Risiko penularan yang rendah (2-4%) atau dapat mengurangi risiko penularan sampai 50-66% 2. Terencana pada minggu ke-38	1. Lama perawatan bagi ibu lebih panjang. 2. Perlu sarana dan fasilitas pendukung yang lebih memadai 3. Risiko komplikasi selama operasi dan pasca operasi lebih tinggi 4. Ada risiko komplikasi anestesi 5. Biaya lebih mahal
Sifilis dan Hepatitis B		
Per vaginam	1. Persalinan fisiologis 2. Masa pemulihan singkat 3. Biaya rendah 4. Bidan APN	TIDAK ADA
Seksio sesarea elektif	TIDAK ADA (kecuali ada gangguan 3P)	1. Persalinan non-fisiologis 2. Mahal & biaya tambahan lain 3. Risiko komplikasi tindakan & anestesi 4. Dokter spesialis

3.4.2 Penatalaksanaan Nifas bagi Ibu terinfeksi HIV, Sifilis dan Hepatitis B

Pelayanan pasca persalinan dilaksanakan minimal 4 kali dengan waktu kunjungan ibu dan bayi baru lahir bersamaan yaitu :

- Pelayanan pertama dilakukan pada waktu 6 – 48 jam setelah persalinan.
- Pelayanan kedua dilakukan pada waktu 3 – 7 hari setelah persalinan.
- Pelayanan ketiga dilakukan pada waktu 8 – 28 hari setelah persalinan.
- Pelayanan keempat dilakukan pada waktu 29 – 42 hari setelah persalinan untuk ibu dan bayi berumur lebih dari 28 hari

Kegiatan Pelayanan kesehatan ibu meliputi:

- a. pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu;
- b. pemeriksaan tinggi fundus uteri;
- c. pemeriksaan lochia dan perdarahan;
- d. pemeriksaan jalan lahir;
- e. pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif;
- f. pemberian kapsul vitamin A;
- g. pelayanan kontrasepsi pascapersalinan;
- h. konseling; dan
- i. penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas.

Hal-hal berikut yang perlu diperhatikan:

- Perawatan puting dan payudara ibu karena ASI Eksklusif adalah pilihan makan terbaik bayi pada usia 0-6 bulan; bagi tenaga kesehatan yang menganjurkan non ASI Eksklusif tanpa indikasi medis dianggap melanggar Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 Tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif bagi Tenaga Kesehatan, Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Penyelenggara Satuan Pendidikan Kesehatan, Pengurus Organisasi Profesi di Bidang Kesehatan, serta Produsen dan Distributor Susu Formula Bayi dan/atau Produk Bayi Lainnya yang Dapat Menghambat Keberhasilan Program Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif,
- Memastikan kepatuhan mengikuti anjuran pengobatan, perawatan dan PHBS bagi ibu, keluarga dan anak
- Pelayanan kontrasepsi pasca-salin agar tidak terjadi kehamilan tidak diinginkan (KDT) yang dapat membahayakan kesehatan.
- Edukasi kepada ibu tentang PHBS, CTPS, makanan dan gizi sehat, perawatan bayi, deteksi gangguan pada bayi, cara membuang bahan yang berpotensi menimbulkan infeksi, seperti lokia dan pembalut yang penuh dengan darah.

3.5. Penanganan Bayi Baru lahir dari Ibu HIV, Sifilis atau Hepatitis B

3.5.1 Pemberian Profilaksis ARV dan Kotrimoksazol pada Bayi dari Ibu HIV

Pemberian ARV pada bayi mengikuti Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) Tatalaksana HIV (2019). Seluruh bayi lahir dari ibu HIV wajib mendapatkan ARV profilaksis. Pemberian ARV profilaksis dengan dosis sesuai gestasi sebaiknya mulai diberikan pada usia 6-12 jam setelah lahir, atau setidaknya tidaknya kurang dari usia 72 jam. Pemberian ARV pada bayi yang lahir dari ibu HIV bertujuan untuk mencegah transmisi HIV yang terjadi terutama pada saat persalinan dan menyusui. Prinsip pemberian ARV profilaksis pada bayi lahir dari ibu HIV adalah sebagai pencegahan pasca-pajanan (PPP) yang bertujuan untuk menurunkan risiko infeksi HIV setelah mendapat pajanan potensial.

Bayi lahir dari ibu terinfeksi HIV yang mendapatkan pengganti ASI (PASI) diberikan profilaksis zidovudin dengan dosis sesuai usia gestasi selama 6 minggu. Apabila bayi lahir dari ibu terinfeksi HIV mendapatkan ASI, maka profilaksis yang diberikan adalah zidovudin dan nevirapin dengan dosis sesuai usia gestasi selama 6 minggu dengan syarat ibu harus dalam terapi ARV kombinasi.

Tabel 11. Dosis ARV profilaksis:

Obat	Dosis
Zidovudin	Usia gestasi ≥ 35 minggu: 4 mg/kg/kali, 2 kali sehari, dapat dimulai pada usia 6-12 jam.
	Usia gestasi ≥ 30 sampai < 35 minggu: 2 mg/kg/kali, setiap 12 jam, lalu 3 mg/kg/dosis setiap 12 jam pada usia 15 hari
	Usia gestasi < 30 minggu: 2 mg/kg/kali, setiap 12 jam, lalu 3 mg/kg/kali setiap 12 jam setelah usia 4 minggu
Nevirapin	Berat lahir 1500–2000 gram: 8 mg/dosis
	Berat lahir 2000–2499 gram: 10 mg/dosis
	Berat lahir ≥ 2500 gram: 15 mg/dosis

Keterangan:

Pada bayi yang diberikan susu formula: profilaksis ARV yang diberikan adalah zidovudin.

Pada bayi yang diberikan ASI: profilaksis ARV yang diberikan adalah zidovudin dan nevirapin

Profilaksis kotrimoksazol diberikan kepada seluruh bayi lahir dari ibu terinfeksi HIV sejak usia 6 minggu sampai terbukti tidak terinfeksi HIV dengan uji diagnostik yang sesuai dengan usia. Kotrimoksazol merupakan preparat kombinasi tetap dua obat yaitu trimethoprim dan sulfametoksazol (TMP₈₀+SMX₄₀₀) yang memiliki aktivitas antimikroba berspektrum luas terhadap bakteri, jamur, dan protozoa. Pemberian profilaksis kotrimoksazol terbukti menurunkan mortalitas pada anak terinfeksi HIV dengan mencegah infeksi oportunistik, diare, pneumonia, dan malaria. Dasar hitung dosis kotrimoksazol pada bayi-anak adalah trimethoprim.

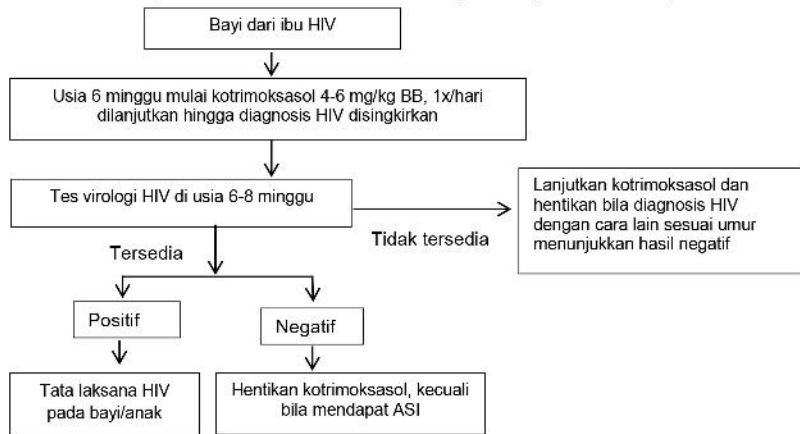
Bila pada minggu keenam, diagnosis HIV dengan PCR EID belum dapat dilakukan, maka pemberian kotrimoksazol profilaksis sampai dinyatakan HIV negatif/non-reaktif pada usia 18 bulan dengan pemeriksaan serologi.

Pertimbangan pemeriksaan serologi HIV pada usia bayi 9 bulan dapat dilakukan bila terdapat kecurigaan klinis infeksi HIV berdasarkan perburukan kondisi klinis fisik bayi dan bila hasil tes HIV serologis positif, disebut **Diagnosis HIV Presumptif**. Pada bayi non profilaksis ARV yaitu bayi yang mendapat PASI saja, dapat dimulai terapi ARV. Pada bayi ASI eksklusif profilaksis ARV diubah menjadi terapi ARV. Terapi ARV diberikan kombinasi 2 NRTI + 1 NNRTI.

Keluarga pasien harus diberitahu bahwa kotrimoksazol tidak mengobati dan menyembuhkan infeksi HIV tetapi mencegah infeksi oportunistik yang umum terjadi pada bayi yang terpajan HIV. Profilaksis kotrimoksazol dapat dihentikan pada bayi yang terpajan HIV sesudah dipastikan **TIDAK** tertular HIV (berdasarkan hasil pemeriksaan virologi HIV DNA maupun antibodi serologi sesuai umur).

Pada anak HIV usia 1 sampai 5 tahun, penghentian profilaksis kotrimoksazol didasarkan hasil pemeriksaan CD4 yaitu jika hasil pemeriksaan CD4 2 kali berturut-turut lebih dari 25% (CD4 $> 25\%$ dua kali pemeriksaan selang waktu 6 bulan).

Bagan 6. Pemberian Kotrimoksazol pada Bayi dari Ibu dengan HIV



3.5.2. Pemberian Profilaksis Benzatin Penicilin G pada Bayi dari Ibu Sifilis

Sama seperti bayi dari ibu HIV, maka bayi dari ibu Sifilis juga perlu diberikan profilaksis Sifilis, baik ibunya yang sifilis telah diterapi adekuat ataupun tidak adekuat. Profilaksis utama yang diberikan pada bayi dari ibu Sifilis adalah Benzatin Penicilin G 50.000IU/kgBB IM, dosis tunggal sebelum bayi pulang dari fasyankes diberikan oleh dokter atau dapat didelegasikan kepada paramedis bidan atau perawat, tanpa memerlukan tes sensitivitas sebelum penyuntikan.

Sekalipun telah dilakukan penyuntikan profilaksis Sifilis pada bayi dari ibu Sifilis, pengawasan tanda klinis infeksi sifilis terutama pada ibu yang tidak mendapatkan terapi adekuat perlu diperketat setiap kali kunjungan neonatal. Tanda-tanda infeksi sifilis kongenital antara lain : pilek (*snuffle*), bula/gelembung di kulit, bercak hiperkeratoris dan pengelupasan kulit berkeratin telapak tangan atau kaki, hepatosplenomegali, ikterik, anemia, pembengkakan sendi, dan perubahan radiologis tulang panjang.

3.5.3. Pemberian Imunisasi pasif HBIG pada Bayi dari Ibu Hepatitis B

Dalam praktiknya, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak, sesungguhnya telah menjadi penetapan pemerintah bahwa setiap bayi baru lahir wajib diberikan injeksi vitamin K dan vaksinasi imunisasi aktif HB0. Imunisasi aktif terhadap Hepatitis B ini dilanjutkan tuntas sampai 4 kali sesuai jadwal. Vaksin imunisasi aktif HB0 diberikan dalam waktu <24 jam setelah pemberian injeksi vit K pada sisi paha yang berbeda yang selanjutnya dilengkapi sampai tuntas HB1, HB2 dan HB3 sesuai jadwal program imunisasi rutin nasional.

Kepada bayi yang lahir dari ibu Hepatitis B (hamil dengan HBsAg reaktif) diberikan tambahan imunisasi pasif HBIG dalam waktu segera setelah pemberian HB0 pada sisi paha yang berbeda kurang <24 jam (sisi paha yang sama dengan penyuntikan vit K, diberi jarak sekitar 2 cm), misalnya Vit. K di paha kiri, HB0 di paha kanan, maka HBIG di paha kiri.

3.6 Diagnosis dan Penanganan Dini Infeksi HIV, Sifilis atau Hepatitis B pada bayi atau bayi baru lahir dari ibu HIV, Sifilis atau Hepatitis B

3.6.1 Diagnosis dan Tatalaksana HIV pada Bayi

Mulai kehamilan trimester ketiga, antibodi ibu, termasuk antibodi terhadap HIV, ditransfer secara pasif ke janin/bayi dalam kandungan, dan dapat terdeteksi sampai anak berumur 18 bulan. Diagnosis pasti HIV pada bayi dan anak menggunakan uji virologi, apabila tidak tersedia virologi maka uji serologi dapat dipergunakan. Pemeriksaan serologis HIV pada anak kurang dari 18 bulan dapat menunjukkan hasil reaktif, walaupun anak tersebut terlihat sehat secara klinis. Pengecualian diberikan bila terdapat perburukan kondisi klinis fisik bayi maka pemeriksaan serologi HIV positif sejak usia 9 bulan dapat digunakan untuk membuat **Diagnosis HIV Presumptif** pada bayi, terapi ARV segera dimulai pada hari yang sama.

Uji virologi

Uji virologi digunakan untuk menegakkan diagnosis klinis, dilakukan setelah bayi berumur enam minggu sampai kurang dari 18 bulan.

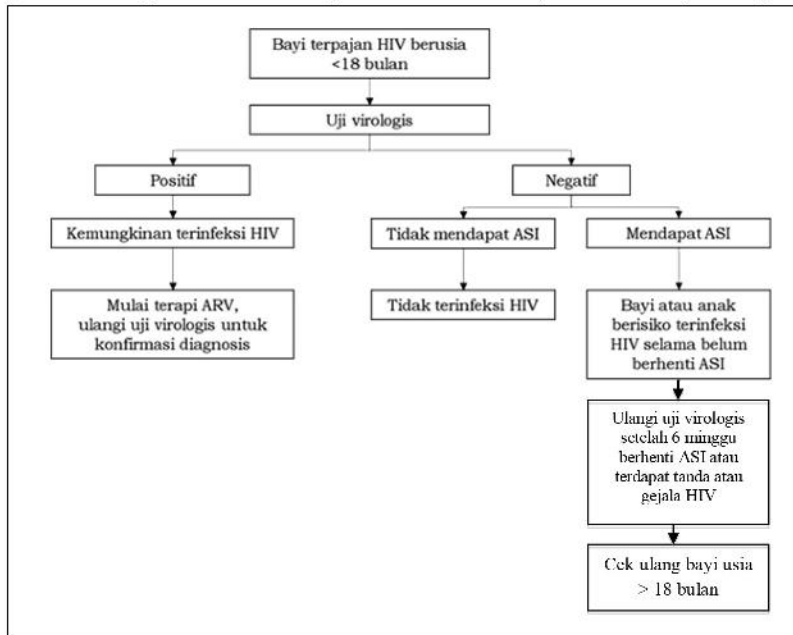
- a. Uji virologi yang dianjurkan: HIV DNA pada sampel darah lengkap (*whole blood*) dengan *dried blood spot* (DBS) dan diulang / konfirmasi dengan HIV RNA (*viral load*) pada plasma.
- b. Bayi lahir dari ibu HIV dianggap terpajan HIV dan dijadwalkan periksa tes uji virologi pada umur 6 minggu ke atas.
- c. Pada bayi dengan pemeriksaan **tes virologi pertama** (HIV DNA kualitatif) **positif** maka terapi ARV harus segera dimulai. Pada saat yang sama dilakukan pengambilan sampel darah kedua untuk pemeriksaan uji virologi kedua untuk konfirmasi (HIV RNA kuantitatif/viral load). Hasil pemeriksaan virologi harus segera diberikan kepada dokter anak yang meminta di fasyankes tempat pelayanan, maksimal dalam empat minggu.
- d. Pada bayi dengan pemeriksaan **tes virologi pertama** HIV DNA kualitatif pada usia 6 minggu **negatif**, maka konfirmasi / pemeriksaan virologi ulangan kedua pada usia 4-6 bulan ke atas (dengan HIV DNA kualitatif atau HIV DNA kuantitatif).

Uji Serologi

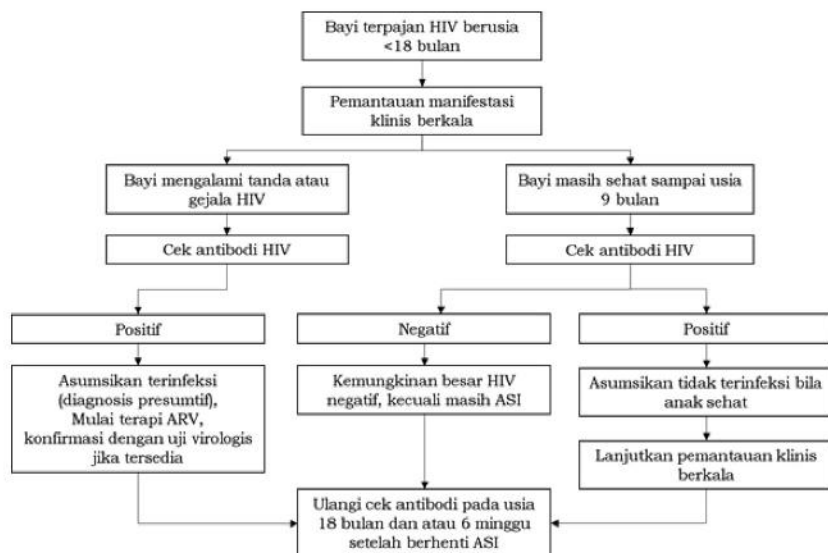
Uji serologi pada anak umur kurang dari 18 bulan digunakan sebagai uji untuk menentukan adanya pajanan HIV selama kehamilan dan persalinan, sedangkan pada anak umur lebih dari 18 bulan digunakan sebagai uji diagnostik.

- a. Anak umur kurang dari 18 bulan terpajan HIV yang tampak sehat dan belum diuji virologi, dianjurkan untuk diuji serologi pada umur sembilan bulan. Jika hasilnya negatif, maka anak bisa dinyatakan tidak terinfeksi HIV dan profilaksis kotrimoksazol dapat dihentikan. Bila hasilnya positif, maka harus segera diikuti uji virologi untuk identifikasi kasus yang memerlukan terapi ARV. Jika uji serologi positif dan uji virologi belum tersedia, perlu dilakukan pemantauan klinis ketat dan uji serologi ulang pada usia 18 bulan.
- b. Anak umur kurang dari 18 bulan dengan gejala infeksi HIV, uji serologi harus dilakukan dan jika positif diikuti uji virologi.
- c. Anak umur kurang dari 18 bulan yang sakit dan diduga disebabkan oleh infeksi HIV, namun uji virologi tidak dapat dilakukan, maka diagnosis ditegakkan dengan menggunakan algoritme diagnosis presumtif.
- d. Pada anak umur kurang dari 18 bulan yang masih mendapat ASI, prosedur diagnostik awal dilakukan tanpa perlu menghentikan pemberian ASI. Namun apabila hasil pemeriksaan ini negatif, maka hasil tersebut tidak bisa diinterpretasi karena kemungkinan pajanan melalui ASI masih ada.
- e. Anak umur 18 bulan ke atas memakai cara yang sama dengan tes HIV pada orang dewasa. Perhatian khusus diberikan untuk anak yang masih mendapat ASI pada usia ini, karena tes HIV yang negatif baru dapat ditafsirkan dengan baik bila ASI sudah dihentikan selama lebih dari enam minggu.
- f. Pada anak yang mendapat pajanan HIV dari ibu dan sudah dilakukan uji virologi dua kali di usia 6 minggu dan 4-6 bulan dengan hasil negatif atau dilakukan uji serologi mulai usia 9 bulan dengan hasil tidak reaktif, perlu dilakukan konfirmasi ulang dengan uji serologi pada usia 18 bulan.

Bagan 7: Alur Diagnosis HIV Pada Bayi dan Anak <18 Bulan, Jika Fasilitas Uji Virologi Tersedia



Bagan 8: Alur Diagnosis HIV Pada Bayi Dan Anak <18 Bulan, Jika Fasilitas Uji Virologi Tidak Tersedia



- Diagnosis HIV pada anak berusia di bawah 18 bulan harus menggunakan uji virologi.
- Diagnosis HIV pada anak berusia 18 bulan atau lebih dapat menggunakan uji serologi.
- Diagnosis presumtif HIV bila perburukan klinis anak berusia <18 bulan.

3.6.2 Diagnosis dan Tatalaksana Sifilis Kongenital

Untuk mendiagnosis Sifilis Kongenital pada bayi dibawah 15 bulan tidak mudah. Tes serologi dengan dasar Ig G tidak bermanfaat, karena adanya transfer pasif antibodi ibu. Tes treponema tidak dianjurkan. Sifilis Kongenital kemungkinan asimtomatis pada lebih dari 50% kasus, terutama pada minggu pertama kehidupan. Biasanya gejala muncul pada bulan pertama tetapi manifestasi klinis baru terlihat sampai tahun kedua kehidupan. Oleh karena itu, definisi alternatif yang disarankan untuk mendiagnosis kasus Sifilis Kongenital sebagai berikut:

- a. Bayi yang dilahirkan dari ibu Sifilis, dengan titer serologi minimal empat kali lebih tinggi dari titer ibunya, atau tetap positif selama empat bulan setelah lahir. Bila titer negatif, dapat dilanjutkan dengan pemeriksaan *liquor*. Pada ibu yang terinfeksi Sifilis perlu dilakukan pemeriksaan rontgen untuk melihat kelainan tulang dan fungsi hati janin saat di dalam kandungan.

- b. Anak dalam usia dua tahun pertama dengan bukti klinis Sifilis (setidaknya dua manifestasi klinis) dan serologi positif, lahir dari seorang ibu yang tidak diketahui status serologisnya. Manifestasi klinisnya pembengkakan sendi, pilek, bula/gelembung di kulit, hepatosplenomegali, ikterik, anemia dan perubahan radiologis tulang panjang.
- c. Bayi dilahirkan mati dari ibu Sifilis yang tidak diobati atau tidak diobati adekuat, meliputi:
- Tidak ada dokumentasi tentang pengobatan;
 - Diobati kurang dari empat minggu sebelum persalinan;
 - Tidak menggunakan penisilin untuk pengobatan;
 - Tidak menyesuaikan pengobatan sesuai dengan tahapan Sifilis.

Terapi pada Bayi dengan Sifilis Kongenital

Tabel 12. Tatalaksana pada Bayi dengan Sifilis Kongenital

Bayi Dengan Klinis Terbukti/Kemungkinan Besar Sifilis Kongenital	Anjuran Terapi	Anjuran Evaluasi
– Pemeriksaan fisik sesuai Sifilis Kongenital – Titer serologi nontreponema kuantitatif lebih tinggi sampai 4X lipat titer ibu - Hasil positif pada pemeriksaan mikroskopis lapangan gelap dari cairan tubuh	– Anjuran terapi: Aqueous crystalline penisilin G 100.000- 150.000 unit /Kg/hari, injeksi IV 50.000 unit/kg/dosis IV setiap 12 jam dalam 7 hari pertama dilanjutkan dengan setiap 8 jam selama total 10 hari atau; Prokain penisilin G 50,000 unit/kg/dosis, injeksi IM sekali suntik perhari selama 10 hari Catatan : Bila ada pengobatan yang tidak diberikan lebih dari satu hari, maka pengobatan diulang dari awal.	– Analisis cairan serebrospinal: VDRL, protein, dan hitung sel – Complete blood count, differential count, platelet count - Tes lain sesuai indikasi klinis: - Rongen tulang panjang, Rongen toraks - Tes fungsi hati, USG cranial, Pemeriksaan oftalmologi, Respons pendengaran
Bayi Dengan Klinis Normal Dan Titer serologi Nontreponema Kuantitatif Sama atau Tidak Melebihi 4X lipat titer ibu	Anjuran terapi	Anjuran Evaluasi
Ibu belum diobati, pengobatan tidak adekuat, tidak ada catatan pernah di obati – Ibu diobati dengan eritromisin atau obat bukan penisilin lain – Ibu di obati kurang dari 4 minggu sebelum partus	Aqueous crystalline penicillin G 100,000–150,000 unit/kg/hari, injeksi IV 50,000 unit/kg/dosis IV setiap 12 jam dalam usia 7 hari pertama dilanjutkan dengan setiap 8 jam selama total 10 hari ATAU – Prokain penisilin G 50,000 unit /kg/dosis, IM sekali suntik per hari selama 10 hari – Benzatin penisilin G 50,000 unit /kg / dosis IM sekalisuntik	Analisis cairan serebro spinal: VDRL, protein, dan hitung sel – Complete blood count, differential count, Platelet count – Rongen tulang panjang

IBU sudah diobati saat hamil, pengobatan adekuat sesuai stadium, diobati lebih dari 4 minggu sebelum partus – Tidak ada bukti ibu mengalami relaps atau reinfeksi	– Benzatin penisilin G 50,000 unit /kg / dosis IM sekali suntik – Pendapat lain: Tidak mengobati bayi, tetapi pengamatan ketat serologi bayi bila si ibu titer serologi nontreponema menurun 4X lipat sesudah terapi adekuat untuk Sifilis dini atau tetap stabil atau rendah pada Sifilis lanjut	– Tidak ada
– IBU pengobatan adekuat sebelum hamil – IBU titer serologi nontreponema tetap rendah dan stabil, sebelum dan selama kehamilan atau saat partus (VDRL<1:2;RPR<1:4)	– Tidak perlu terapi – Dapat diberikan terapi benzatin penisilin G 50,000 units / kg / dosis IM sekali suntik, terutama bila <i>follow-up</i> meragukan	– Tidak ada

3.6.3 Diagnosis dan Tatalaksana Hepatitis B akut pada Bayi dari ibu Hepatitis B

Bayi yang lahir dari ibu Hepatitis B, pada usia 9 – 12 bulan dilakukan pemeriksaan HBsAg dengan metode RDT di Puskesmas, dianjurkan pelaksanaan pemeriksaan ini bersamaan dengan kedatangan bayi untuk imunisasi campak. Hasil pemeriksaan non reaktif, maka dapat dinyatakan tidak terjadi penularan Hepatitis B dari ibu ke anak, tetapi bila hasil reaktif maka bayi di rujuk ke rumah sakit yang mampu tatalaksana Hepatitis untuk mendapatkan tatalaksana selanjutnya.

Tata laksana medis pada bayi dari ibu terinfeksi Hepatitis B dilaksanakan sesuai dengan tatalaksana yang tercantum dalam permenkes no 52 tahun 2017 tentang Eliminasi Penularan *Human Immunodeficiency Virus*, Sifilis, dan Hepatitis B Dari Ibu Ke Anak.

Untuk mencegah terjadi penularan Hepatitis B dari ibu Hepatitis B ke bayi maka diberikan imunisasi dengan immunoglobulin <24 jam dari kelahirannya, bersamaan HB0 dengan didahului pemberian vitamin K terlebih dahulu. Selanjutnya pemberian imunisasi sesuai dengan program imunisasi nasional, yaitu usia 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan.

Vaksinasi saat lahir dibutuhkan sebagai imunoprolifaksis efektif untuk mencegah infeksi Hepatitis B secara perinatal. Oleh karena itu, semua bayi baru lahir dengan berat lahir minimal 2000 gram harus menerima vaksin Hepatitis B monovalen sesegera mungkin < 24 jam.

Tabel 13: Imuno Profilaksis Hepatitis B pada Bayi Baru Lahir

Status HBsAg Ibu Saat Persalinan	Bayi dengan Berat Lahir (BL) 2000 gram atau lebih	Bayi dengan Berat Lahir (BL) Kurang dari 2000 gram
HBsAg positif	Vaksin Hepatitis B + HBIG 0,5 mL sedini mungkin < 24 jam	Vaksin Hepatitis B + HBIG 0,5 mL sedini mungkin < 24 jam
	Lanjutkan vaksin serial seperti jadwal yang direkomendasikan	Vaksin saat lahir tidak dihitung. • Berikan 3x vaksinasi serial pada usia kronologis 1 bulan, 2-3 bulan, dan 6 bulan jika menggunakan vaksin Hepatitis B monovalen • Jika menggunakan vaksin kombinasi, usia kronologis 1 bulan menggunakan vaksin Hepatitis B monovalen, dilanjutkan dengan DTPw (bulan 2,3,4) atau DTPa (bulan 2,4,6)
	Periksa HBsAg dan anti-HBs pada usia 9-18 bulan atau 1-2 bulan setelah serial vaksinasi selesai	Periksa HBsAg dan anti-HBs pada usia 9-18 bulan atau 1-2 bulan setelah serial vaksinasi selesai
	Jika HBsAg negatif dan anti HBs 10 mIU/mL atau lebih, anak dinyatakan aman dan terlindungi	Jika HBsAg negatif dan anti HBs 10 mIU/mL atau lebih, anak dinyatakan aman dan terlindungi
	Jika HBsAg negatif dan anti HBs kurang dari 10 mIU/mL maka anak harus diberikan vaksinasi ulang (Hepatitis B monovalen) sebanyak 3x (dengan jadwal 0,1,6 bulan) dan diperiksa kembali anti HBs setelah 1-3 bulan setelah vaksinasi.	Jika HBsAg negatif dan anti HBs kurang dari 10 mIU/mL maka anak harus diberikan vaksinasi ulang (Hepatitis B monovalen) sebanyak 3x (dengan jadwal 0,1,6 bulan) dan diperiksa kembali anti HBs setelah 1-3 bulan setelah vaksinasi.
	Jika HBsAg positif maka anak harus menerima evaluasi medis dan pemantauan lebih lanjut	Jika HBsAg positif maka anak harus menerima evaluasi medis dan pemantauan lebih lanjut

HBsAg negatif	Vaksin Hepatitis B sedini mungkin < 24 jam	Tunda pemberian vaksin hingga usia kronologis 1 bulan atau saat berat mencapai 2000 gram
	Lanjutkan pemberian vaksin seperti jadwal	Lanjutkan pemberian vaksin seperti berikut ini: • Jika menggunakan vaksin Hepatitis B monovalen berikan pada usia kronologis 2 bulan dan 7 bulan • Jika menggunakan vaksin kombinasi (DTPw) berikan pada usia 2,3,4 bulan • Jika menggunakan vaksin kombinasi (DTPa) berikan pada usia 2,4,6 bulan
	Pemeriksaan HBsAg dan anti-HBs sesudah vaksinasi tidak diperlukan	Pemeriksaan HBsAg dan anti-HBs sesudah vaksinasi tidak diperlukan
HBsAg tidak diketahui	Periksa status HBsAg ibu segera setelah persalinan	Periksa status HBsAg ibu segera setelah persalinan
	Vaksin Hepatitis B sedini mungkin < 24 jam	Vaksin Hepatitis B sedini mungkin < 24 jam
	Berikan HBIG sedini mungkin < 24 jam jika hasil HBsAg ibu positif atau status HBsAg Ibu tetap belum diketahui < 24 jam setelah lahir	Berikan HBIG sedini mungkin < 24 jam jika HBsAg ibu positif atau status HBsAg Ibu tetap belum diketahui < 24 jam setelah lahir
	Lanjutkan pemberian vaksin sesuai rekomendasi	Lanjutkan pemberian vaksin sesuai jadwal berdasarkan hasil HBsAg ibu

Sedangkan untuk bayi yang lahir dari ibu HBsAg non-reaktif, pemberian imunisasi HB0 tetap diberikan < 24 jam setelah penyuntikan vitamin K, dan dilanjutkan sesuai dengan program imunisasi nasional. Anak yang terdeteksi Hepatitis B reaktif dirujuk ke fasilitas kesehatan (Rumah Sakit atau Puskesmas) yang mampu melaksanakan tatalaksana Hepatitis B. Tatalaksana Hepatitis B merujuk pada PNPk Hepatitis B.

3.7. Pelayanan Imunisasi

Pelayanan Imunisasi Rutin Dasar diberikan bagi setiap bayi sesuai jadwal yang telah disepakati oleh IDAI ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi untuk melindungi bayi anak dari berbagai penyakit.

Pada bayi dari ibu Sifilis tidak ada perubahan jadwal imunisasi rutin. Pada bayi dari ibu Hepatitis B tidak ada perubahan jadwal imunisasi rutin, kecuali penambahan vaksin imunisasi pasif HBIG setelah pemberian HB0 dalam 12 jam.

Pada bayi dari ibu HIV juga tidak ada perubahan jadwal imunisasi rutin sesuai dengan jadwal Kemenkes RI berdasarkan rekomendasi IDAI. Prinsip umum imunisasi pada bayi dari ibu HIV adalah tidak memberi vaksin hidup sekalipun dilemahkan; apalagi bila sudah terdapat gejala infeksi HIV. Satu-satunya vaksin hidup yang dilemahkan dalam jadwal imunisasi rutin adalah BCG untuk TBC. Perhatian khusus untuk imunisasi BCG. Vaksin BCG dapat diberikan kepada bayi lahir dari ibu HIV setelah bayi dinyatakan HIV negatif. Tidak boleh ada pelabelan HIV, namun kewaspadaan standar tetap dilakukan. Implikasi pemberian vaksin BCG yang hanya dapat diberikan setelah diagnosis HIV pasti disingkirkan adalah lingkungan bayi dari ibu HIV wajib dipastikan tidak ada sumber penularan. Oleh karena itu, ibu dan pasangan serta orang serumah wajib ditapis TBC dan wajib dipastikan bukan merupakan sumber penularan airborne TBC, karena TBC menular melalui droplet udara. Penjelasan lebih lengkap dapat dibaca dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi.

Tabel 14. Jadwal Kunjungan Pemeriksaan pada Bayi dari Ibu dengan HIV, Sifilis atau Hepatitis B

Keterangan	6-48 jam (KN1)	3-7 hari (KN2)	8-28 hari (KN3)	6 mg	2 bln	3 bln	4 bln	6 bln	9 bln	12 bln	18 bln
Evaluasi klinis	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
Berat badan	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
Panjang badan	V		V		V	V	V	V	V	V	V
Pemberian makanan	SF/ASI	SF/ASI	SF/ASI	SF/ASI	SF/ASI	SF/ASI	SF/ASI	SF/ASI + makanan padat	SF/ASI + Makanan padat	Makanan Keluarga	Makanan Keluarga
ARV profilaksis	V	V	V	V							
Profilaksis kotrimoksasol				V	V	V	V	V	V	V	
Imunisasi	Sesuai jadwal imunisasi Kementerian Kesehatan Perhatian Khusus untuk BCG										
	Laboratorium										
Hb dan leukosit			V					V			
CD4	Dilakukan bila pasien terbukti terinfeksi HIV atau ada tanda terinfeksi HIV										
PCR RNA atau DNA				1			2				
Serologi HIV									V	V	V

Keterangan:

- profilaksis kotrimoksazol dihentikan saat diagnosis HIV sudah disingkirkan di usia 4-6 bulan (jika bisa diperiksa virologi) atau di usia 9 bulan (jika diperiksa serologi usia 9 bulan hasil non reaktif) atau dilanjutkan sampai usia 12 bulan (jika serologi di 9 bulan masih reaktif).
- Serologi HIV usia 9 dan 12 bulan dilakukan untuk menyingkirkan diagnosis HIV jika tidak bisa dikerjakan pemeriksaan virologi.

Imunisasi rutin wajib diberikan pada semua bayi, termasuk bayi dari ibu Sifilis.

Perhatian pada bayi dari ibu HIV, adalah Vaksin BCG hanya diberikan jika HIV sudah disingkirkan.

Perhatian pada bayi dari ibu Hepatitis B adalah penambahan HBIG setelah Vit K dan HB0, pada sisi paha yang sama dengan vit K dengan jarak sekitar 2 cm

Jadwal pemberian imunisasi mengikuti buku KIA terbaru

3.8. Pemberian Nutrisi bagi Bayi dari Ibu HIV, Sifilis atau Hepatitis B

Prinsip pemberian nutrisi pada bayi baru lahir adalah memberikan makanan paling aman dan paling mudah diserap yaitu ASI. ASI adalah makanan terbaik bagi bayi. Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 15 tahun 2014 maka setiap Tenaga Kesehatan wajib:

- a. melaksanakan inisiasi menyusui dini terhadap bayi yang baru lahir kepada ibunya paling singkat selama 1 (satu) jam, jika tidak ada kontra indikasi medis;
- b. menempatkan ibu dan bayi dalam 1 (satu) ruangan atau rawat gabung, jika tidak ada kontra indikasi medis yang ditetapkan oleh dokter;
- c. memberikan informasi dan edukasi ASI Eksklusif kepada ibu dan/atau anggota keluarga dari bayi yang bersangkutan sejak pemeriksaan kehamilan sampai dengan periode pemberian ASI Eksklusif selesai;
- d. tidak memberikan susu formula bayi dan/atau produk bayi lainnya, kecuali atas indikasi medis, ibu tidak ada, atau ibu terpisah dari bayi;
- e. memberikan peragaan dan penjelasan tentang penggunaan dan penyajian susu formula bayi kepada ibu dan/atau keluarga, dalam hal pemberian ASI Eksklusif tidak memungkinkan sesuai indikasi medis, ibu tidak ada, atau ibu terpisah dari bayi;
- f. tidak menerima dan/atau mempromosikan susu formula bayi dan/atau produk bayi lainnya yang dapat menghambat program pemberian ASI Eksklusif;

- g. tidak menerima hadiah dan/atau bantuan dari produsen atau distributor susu formula bayi dan/atau produk bayi lainnya, kecuali untuk tujuan membiayai kegiatan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan, pertemuan ilmiah, dan/atau kegiatan lainnya yang sejenis, serta tidak ada kewajiban tertentu yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan berdasarkan keinginan pemberi bantuan dalam bentuk tertulis yang ditandatangani oleh kedua belah pihak; dan/atau
- h. memberikan pernyataan tertulis kepada atasannya bahwa bantuan tersebut tidak mengikat dan tidak menghambat keberhasilan program pemberian ASI Eksklusif.

Pemberian Nutrisi pada bayi dari ibu Sifilis atau Hepatitis B sama seperti bayi pada umumnya, bahwa pada masa awal diberikan sesuai kebutuhan lalu secara bertahap dilakukan penjadwalan. Pola makan dimulai dari ASI eksklusif 6 bulan, makanan keluarga lunak 6-12 bulan, lalu makan keluarga penuh. Hal yang sama juga pada bayi dari ibu HIV. Bagi Ibu dengan Sifilis maka bayi yang dilahirkannya dapat diberikan air susu ibu (ASI) eksklusif.

Bagi Ibu dengan Hepatitis B maka bayi yang dilahirkannya dapat diberikan air susu ibu (ASI) eksklusif. Berbagai studi menunjukkan bahwa sangat kecil kemungkinan transmisi virus Hepatitis B melalui ASI, khususnya yang telah mendapatkan vaksinasi Hepatitis B dan pemberian HBIG. Meskipun demikian, perlu diberikan untuk mencegah terjadinya luka pada puting payudara ibu yang mengidap Hepatitis B.

Pertimbangan pemberian nutrisi yang dianjurkan bagi bayi lahir dari ibu terinfeksi HIV yang belum diketahui status HIV-nya sebagai berikut.

- a. Konseling pemilihan makanan bayi yang terkait risiko penularan HIV diberikan sejak sebelum persalinan.
- b. Pengambilan keputusan dapat dilakukan oleh ibu/keluarga setelah mendapat informasi dan konseling secara lengkap. Pilihan apapun yang diambil seorang ibu haruslah didukung.
- c. Pilihan yang diambil haruslah antara ASI saja atau susu formula saja (bukan *mixed feeding*).
- d. **Sangat tidak dianjurkan untuk mencampur ASI dengan susu formula (Mixed feeding)**, karena memiliki risiko tertinggi untuk terjadinya penularan virus HIV kepada bayi. Hal ini karena susu formula adalah benda asing yang dapat menimbulkan perubahan mukosa dinding usus dan mempermudah masuknya virus HIV yang ada dalam ASI ke aliran darah bayi.
- e. Ibu dengan HIV boleh memberikan susu formula bagi bayinya jika **SELURUH** syarat *AFASS* (*affordable*/terjangkau, *feasible*/mampu laksana, *acceptable*/dapat diterima, *sustainable*/berkesinambungan dan *safe*/aman) dapat dipenuhi. Pemenuhan syarat *AFASS* ditandai dengan adanya: i) rumah tangga dan masyarakat yang memiliki jaminan atas akses air bersih dan sanitasi yang baik; ii) ibu atau keluarganya sepenuhnya mampu menyediakan susu

formula dalam jumlah cukup untuk mendukung tumbuh kembang anak; iii) ibu atau keluarganya mampu menyiapkan susu formula dengan bersih dan dengan frekuensi yang cukup, sehingga bayi aman dan terhindar dari diare dan malnutrisi; iv) ibu atau keluarganya dapat memenuhi kebutuhan susu formula secara terus-menerus sampai bayi berusia 6 bulan; v) keluarga mampu memberikan dukungan dalam proses pemberian susu formula yang baik; dan vi) ibu atau keluarganya dapat mengakses pelayanan kesehatan yang komprehensif bagi bayinya.

Tabel 15. Definisi Kriteria AFASS

Acceptable	Ibu tidak merasakan adanya hambatan untuk mengganti asupan nutrisi. Hambatan dapat berupa faktor kultur, sosial, atau ketakutan terhadap stigma (diskriminasi). Sesuai dengan konsep ini ibu tidak boleh berada di bawah tekanan sosial atau kultural untuk tidak menggunakan PASI. Ibu harus didukung oleh keluarga dan masyarakat saat memilih memberikan PASI, dapat mengatasi tekanan dari keluarga dan lingkungan untuk menyusui, serta dapat mengatasi kemungkinan stigma yang terkait dengan pemberian PASI.
Feasible	Ibu (atau keluarga) memiliki pengetahuan, keterampilan, waktu yang adekuat, dan sumber daya lain untuk menyiapkan pembuatan PASI kurang lebih 12 kali dalam 24 jam. Sesuai dengan konsep ini, ibu mengerti dan dapat mengikuti petunjuk pembuatan PASI. Ibu dengan dukungan keluarga dapat menyiapkan PASI dengan benar baik saat siang maupun malam hari tanpa mengganggu pekerjaan rumah tangga lainnya.
Affordable	Ibu dan keluarga dengan dukungan dari lingkungan atau sistem kesehatan bila dibutuhkan, dapat membayar biaya pembelian, persiapan, dan penggunaan PASI, termasuk formulanya, air bersih, sabun dan perlengkapannya, serta bahan bakar untuk menyiapkan PASI, tanpa mengorbankan kesehatan dan gizi keluarga. Konsep ini juga mencakup akses terhadap perawatan medis dan biaya perawatan untuk diare bila diperlukan.
Sustainable	Tersedianya pasokan yang berkesinambungan dan tidak terputus untuk seluruh bahan dan peralatan yang dibutuhkan untuk membuat PASI, selama dibutuhkan (satu tahun atau lebih Menurut konsep ini saat terjadi risiko bahwa formula tidak tersedia atau tidak dapat diakses, ada orang lain yang dapat mempersiapkan dan memberikan PASI tanpa ketidakhadiran ibu.
Safe	Pengganti ASI harus dipersiapkan dengan benar dan higienis serta diberikan dalam kuantitas yang adekuat menggunakan tangan dan peralatan yang bersih (diutamakan menggunakan gelas/cup). Konsep ini juga mencakup agar ibu dan pelaku rawat dapat: Memiliki akses yang terpercaya terhadap air bersih Mempersiapkan PASI dengan kandungan nutrisi sesuai kebutuhan dan bebas dari patogen Dapat mencuci tangan dan peralatan yang dibutuhkan menggunakan sabun, serta merebus peralatan untuk proses sterilisasi secara teratur Dapat merebus air untuk mempersiapkan setiap pemberian PASI Dapat menyimpan bahan PASI dalam wadah yang bersih yang tertutup dan melindunginya dari hewan pengerat, serangga dan hewan lainnya.

- f. Bila syarat-syarat pada poin e terpenuhi maka susu formula dapat diberikan dengan cara penyiapan yang baik (lihat Lampiran 4). Apabila syarat tersebut sulit dipenuhi maka Ibu dapat memberikan **pemberian ASI eksklusif dan ibu harus mendapat terapi ARV secara teratur dan benar.**
- g. Untuk melakukan penghentian ASI (setelah syarat pada Butir 5 terpenuhi), bayi dapat disapih dengan cepat dengan pemberian susu formula. Untuk menghindari terjadinya mastitis pada payudara ibu, ASI diperah dengan frekuensi yang dikurangi secara bertahap hingga produksi ASI berhenti. ASI perah tersebut tidak diberikan kepada bayi.
- h. Pada bayi yang diberi ASI, bila setelah enam bulan syarat-syarat pada Butir 5 belum dapat terpenuhi maka ASI tetap dapat diberikan dan bayi mulai diberikan makanan pendamping. Jika bayi telah diketahui HIV positif: i) ibu sangat dianjurkan untuk memberikan ASI eksklusif sampai bayi berumur enam bulan; ii) mulai usia enam bulan, bayi diberikan makanan pendamping ASI dan ASI tetap dilanjutkan sampai anak berumur dua tahun; iii) Ibu dan bayi harus mengonsumsi obat antiretroviral.

- ASI Eksklusif adalah pilihan makanan terbaik bagi bayi manusia termasuk pada bayi dari ibu Sifilis dan Hepatitis B.
- Pada bayi dari ibu HIV:
 - Pastikan viral load HIV ibu tidak terdeteksi sehingga ASI Eksklusif aman diberikan
 - Susu Formula (PASI) eksklusif hanya diberikan bila syarat AFASS terpenuhi.
 - TIDAK BOLEH Mixed Feeding (selang-seling) ASI eksklusif dengan PASI eksklusif
- Tekstur makanan bayi 0-6 bulan cair, 6-12 lunak rumahan, >12 bulan rumahan

3.9. Pencegahan Penularan Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Penularan infeksi penyakit di fasilitas pelayanan kesehatan telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan. Penerapannya melalui surveilans dan pelatihan dilakukan pada Healthcare Associated Infections (HAIs= infeksi bersumber dari pasien) dan Infeksi bersumber dari masyarakat berupa :

- a. prinsip kewaspadaan standar dan berdasarkan transmisi;
- b. penggunaan antimikroba secara bijak; dan
- c. *bundles*, yaitu penerapan sekumpulan praktik berbasis bukti sahih yang menghasilkan perbaikan keluaran poses pelayanan kesehatan bila dilakukan secara kolektif dan konsisten.

Langkah strategis untuk melindungi petugas kesehatan adalah memberikan hak azasi kesehatan bagi petugas kesehatan yaitu: setiap tenaga kesehatan berhak mengetahui kondisi kesehatannya sendiri. Dengan demikian seluruh tenaga kesehatan minimal sekali seumur hidup pernah dites HIV, Sifilis dan Hepatitis B, dan bagi petugas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada pasien diberikan hak untuk mengetahui kondisi kesehatannya sendiri minimal setahun sekali, demikian pula terkait HIV, Sifilis dn Hepatitis B. Hak ini dapat diperluas kepada pasangannya minimal sekali pernah diberikan tes HIV, Sifilis dan Hepatitis B, sebagai perwujudan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, minimal keluarga kesehatan.

Manfaat utama bagi tenaga kesehatan mengetahui kondisi kesehatan dirinya sendiri adalah agar bila ternyata terbukti tidak terinfeksi, lalu dalam melakukan tugasnya secara legeartis dengan mengikuti standar prosedur operasional terdapat risiko kecelakaan pekerjaan terpajan dari pasien terinfeksi, maka dapat diberikan upaya Profilaksis Pasca Paparan (PPP) sebagai tanggungjawab manajemen fasyankes, pemerintah daerah dan pemerintah pusat untuk melindungi pejabat pelaksana tugasnya. PPP saat ini baru dikenal untuk paparan HIV, padahal seharusnya juga untuk Sifilis dan Hepatitis B, karena merupakan infeksi menular lewat transfer darah (IMLTD). Pemenuhan hak bagi petugas kesehatan ini sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit, agar setiap tenaga kesehatan di pelayanan kesehatan dapat memastikan terlaksananya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien, karena setiap tenaga kesehatan merasa dipedulikan dan diperhatikan oleh pemerintah pusat hingga manajemen pelayanan setempat.

Salah satu contoh bukti kepedulian negara/pemerintah terhadap tenaga kesehatan adalah bila seorang tenaga kesehatan ternyata HBsAg negatif tetapi juga antiHBs negatif, maka petugas kesehatan tersebut berhak untuk mendapatkan booster vaksinasi aktif Hepatitis B. Hingga saat ini yang dikenal adalah PPP terhadap HIV sedangkan PPP terhadap Sifilis atau IMLTD lainnya masih belum terpikirkan, sekalipun sebenarnya sangat sederhana dan dapat dilakukan dengan segera.

3.9.1 Pencegahan Umum

Tindakan pencegahan umum pada pelaksanaan kemampuan profesional tenaga kesehatan, khususnya petugas kesehatan adalah :

- a. Penerapan pelaksanaan standar prosedur operasional.
- b. Penerapan kewaspadaan standar pada setiap prosedur pelayanan kesehatan.
- c. Penerapan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan dengan fokus mengurangi risiko infeksi pada petugas kesehatan, pasien dan masyarakat.
- d. Penerapan desinfeksi dan sterilisasi ruangan dan alat kedokteran dan kesehatan.

Prosedur Kewaspadaan Standar pelayanan kesehatan adalah upaya melindungi diri sendiri, pasien dan lingkungan untuk memutus mata rantai risiko transmisi penularan infeksi. Kewaspadaan standar meliputi :

- a. Kebersihan tangan
- b. Pemakaian alat pelindung diri
- c. Pengelolaan limbah dan benda tajam
- d. Pengelolaan alat kesehatan bekas pakai
- e. Pengelolaan lingkungan
- f. Pengelolaan Linen
- g. Penempatan pasien
- h. Etika Batuk/ Kebersihan pernafasan
- i. Praktek Penyuntikan yang aman
- j. Praktek Pencegahan infeksi untuk prosedur lumbal punksi
- k. Perlindungan dan kesehatan karyawan

3.9.2 Tatalaksana Pasca Pajanan

Risiko pajanan infeksi menular mengikuti pola penularannya. Yang paling berbahaya adalah penularan radiasi, diikuti penularan melalui udara, lalu penularan vektor dan penularan kontak langsung. Bagi semua jenis IMLTD, risiko tertular pajanan sangat tergantung pada virulensi (kemampuan penularan), pola pajanan, ketaatan terhadap prosedur, dan perlindungan diri, faktor emosional dan ketergesa-gesaan sering menjadi penyebab terjadinya pajanan. Pola pajanan melalui tusukan jarum atau kontak langsung lainnya dapat terjadi pada lingkungan dengan sarana

pencegahan terbatas. Tatalaksana pasca pajanan dan ketersediaan profilaksis pasca pajanan (PPP) dapat mengurangi risiko penularan IMLTD di tempat kerja pada petugas kesehatan dan dapat meningkatkan motivasi profesional petugas kesehatan, serta membebaskan persepsi stigma dan diskriminasi pada petugas kesehatan.

3.9.2.1 Pertolongan Pertama Pasca Pajanan pada Kasus IMLTD

- a. Tujuan pertolongan pertama ini adalah untuk mengurangi waktu kontak dengan darah, cairan tubuh dari sumber pajanan dan untuk membersihkan dan dekontaminasi tempat pajanan.
- b. Jika terjadi luka pada kulit setelah pajanan dengan jarum atau benda tajam, dianjurkan untuk mengikuti petunjuk berikut:
 - i. Jangan memijat, memencet atau menggosok daerah luka.
 - ii. Cuci segera dengan sabun atau larutan disinfektan ringan yang tidak mengiritasi kulit, yaitu *chlorhexidine gluconat*.
 - iii. Jika tidak ada air yang mengalir, bersihkan daerah luka dengan gel atau larutan pembersih tangan lainnya.
 - iv. Jangan menggunakan larutan disinfektan yang sangat kuat, seperti iodium, untuk membersihkan daerah luka karena dapat mengiritasi dan memperburuk daerah luka.
- c. Jika terkena percikan darah atau cairan tubuh, dianjurkan untuk mengikuti petunjuk berikut.
 - i. Jika percikan mengenai kulit yang utuh:
 - Cucilah segera daerah yang terpajan dengan air mengalir;
 - Jika tidak ada air yang mengalir, bersihkan daerah tersebut dengan gel atau larutan pembersih tangan lainnya;
 - Jangan menggunakan larutan disinfektan yang sangat kuat.
 - ii. Jika percikan tersebut mengenai mata, lakukan hal sebagai berikut:
 - Basuhlah mata yang terpajan dengan air mengalir (irigasi), dengan posisi kepala miring kearah mata yang terpercik;
 - Jika orang yang terpajan menggunakan lensa kontak, mintalah ia melepaskannya sebelum membasuh mata;
 - Jangan menggunakan sabun atau disinfektan di mata.

iii. Jika percikan tersebut mengenai mulut, lakukan hal sebagai berikut:

- Buang (ludahkan) cairan di mulut dengan segera dan kumur-kumur dengan menggunakan air atau larutan garam faali, dan buang kembali. Ulangi tindakan ini beberapa kali;
- Jangan menggunakan sabun atau desinfektan di mulut.

Setelah melakukan pertolongan pertama, orang terpajan harus melaporkan kejadian tersebut kepada petugas yang berwenang, yaitu atasan langsung, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) atau Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3.)

Prinsip utama sebuah pajanan adalah seseorang yang sudah mengetahui bahwa dirinya tidak terinfeksi IMLTD dalam hal ini HIV, Sifilis dan Hepatitis B atau lainnya, mengalami paparan sumber penularan yang terbukti terinfeksi. Pemikiran yang lebih luas seharusnya diberikan kepada penyakit infeksi yang menular melalui udara (airborne) dibanding infeksi yang menular melalui kontak langsung. Dalam hal petugas kesehatan telah mengetahui dirinya tidak terinfeksi mengalami pajanan dari orang terinfeksi maka laporan kejadian perlu dilakukan secara tertulis secepatnya. Laporan tersebut sangat penting untuk menentukan langkah berikutnya.

1) *Prasyarat PPP*

- i. Petugas kesehatan pernah memeriksakan dirinya sebelum kejadian dan terbukti tidak terinfeksi (negatif). Kejadian pajanan menimbulkan probabilitas risiko infeksi yang nyata bagi petugas kesehatan tersebut.
- ii. Ada langkah obyektif penanganan untuk memperkecil risiko terinfeksi.

2) *Penetapan Pemenuhan Syarat untuk PPP*

- i) Sumber pajanan terbukti terinfeksi (positif):
- ii) Kesempatan waktu penanganan pajanan cukup tersedia.
- iii) Jenis pajanan menunjukkan cara pajanan
- iv) Risiko pajanan menunjukkan probabilitas tinggi untuk terinfeksi akibat pajanan

3) *Langkah umum*

- i. Pernyataan kronologis dan permintaan tertulis PPP
- ii. Pernyataan dukungan saksi atau atasan langsung atas pajanan
- iii. Konseling pasca pajanan dan Persetujuan tertulis PPP
- iv. Pemberian Profilaksis Pasca Pajanan

3.9.2.2. Profilaksis Pasca Paparan HIV

Langkah kerja profilaksis pasca paparan HIV :

- Tes HIV bagi petugas terpapar dengan syarat pernah tes HIV sebelumnya dengan hasil negatif, saat ini hasil tes HIV tetap negatif
- Tes HIV bagi pasien sumber paparan positif atau dari anamnesis berisiko tinggi atau secara klinis menunjukkan kemungkinan infeksi HIV yang belum dilakukan penapisan tes HIV
- Pencatatan valid (NIK) atas petugas terpapar maupun pasien sumber paparan dengan hasil petugas negatif HIV, dan pasien sumber paparan positif HIV.

Penilaian risiko pola paparan yang memerlukan profilaksis :

- Persepsi petugas kesehatan memerlukan profilaksis dinyatakan tertulis
- Persepsi risiko paparan mulai dari yang paling berisiko : Menembus kulit, atau mukosa, jarum holo, alat tajam, luka terbuka, terlihat darah, jumlah cairan paparan banyak, luka tak terlihat, mukosa utuh, kulit utuh, mengenai baju, tidak menembus

Tabel 16. Rekomendasi PPP HIV Berdasarkan Jenis Paparan

Jenis paparan	Sumber paparan HIV positif	Sumber paparan tidak diketahui status HIVnya
Per kutaneus: Lebih berat ^a	Tawarkan paduan 2-obat ARV ^b	Pertimbangkan prevalensi populasi atau subkelompok
Per kutaneus: Kurang berat ^c	Tawarkan paduan 2-obat ARV ^b	Jangan tawarkan PPP
Seksual	Tawarkan paduan 2-obat ARV ^b	Pertimbangkan prevalensi populasi atau sub kelompok
Percikan ^d : Lebih berat ^e	Tawarkan paduan 2-obat ARV ^b	Pertimbangkan prevalensi populasi atau subkelompok
Percikan: Kurang berat ^f	PPP tidak dianjurkan, tetapi paduan 2-obat ARV dapat diberikan berdasarkan permintaan	Jangan tawarkan PPP

Keterangan:

Status HIV negatif: Jangan tawarkan PPP jika tidak ada risiko bahwa sumber paparan berada dalam periode jendela. Periode jendela adalah periode dimana orang yang baru terinfeksi HIV tidak cukup menghasilkan antibodi HIV untuk memberikan hasil positif pada kebanyakan tes HIV yang standar. Sehingga tes HIV yang dilakukan pada periode tersebut memberikan hasil negatif, tetapi pada saat itu virus berkembang di dalam tubuh dan dapat ditularkan kepada orang lain. Untuk HIV, periode jendela berlangsung kurang lebih 22 hari.

- a. Meliputi lesi akibat jarum berlubang besar, tusukan yang dalam dan kontak dengan darah yang kelihatan pada alat tersebut atau jarum yang digunakan di arteri atau vena.
- b. Jika sumber pajanan HIV positif telah diketahui atau diduga resisten terhadap terapi antiretroviral atau jika prevalensi resistensi ARV di masyarakat lebih dari 15%, paduan 3-obat (2 NRTI ditambah 1 PI) harus ditawarkan. (Perlu diketahui, sampai saat ini prevalensi resistensi ARV di masyarakat di Indonesia masih <5%).
- c. Meliputi lesi dengan jarum berlubang kecil atau jarum padat dan lesi superfisial.
- d. Meliputi pajanan pada membran mukosa non-genital atau kulit yang tidak utuh.
- e. Meliputi pajanan terhadap darah atau semen yang berjumlah banyak.
- f. Meliputi pajanan terhadap sedikit darah atau semen atau cairan yang kurang infeksius (seperti cairan serebrospinal).

Paduan ARV yang dianjurkan untuk Profilaksis Pasca Pajanan HIV :

Paduan baku 3-obat ARV, utama : TDF₃₀₀+3TC₃₀₀+ LPV/r_{200/50}

Bila pasien sumber pajanan dipastikan naive (belum pernah terapi ARV) dapat dipertimbangkan pemberian: TDF₃₀₀+3TC₃₀₀/FTC₂₀₀+NVP₁₅₀.

Dengan konseling yang baik bisa diberi pilihan :

1. TDF₃₀₀+3TC₃₀₀/FTC₂₀₀+EFV₆₀₀ atau
2. TDF₃₀₀+3TC₃₀₀/FTC₂₀₀+EFV₄₀₀ atau
3. AZT₃₀₀+3TC₃₀₀/FTC₂₀₀+EFV₆₀₀

Dosis Lopinavir-ritonavir (LPV/r) LPV/r: 2 x sehari 2 tablet @200mg/50mg
 Tenofovir (TDF) + lamivudine (emtricitabine) (3TC/FTC) atau
 Zidovudine (AZT) + lamivudine (3TC)
 Dosis : TDF: 1 x sehari 1 tablet @300mg
 FTC: 1 x sehari 1 tablet @200mg
 AZT: 2 x sehari 1 tablet @300mg
 3TC: 2 x sehari 1 tablet @150mg

ARV Profilaksis untuk PPP diberikan selama 28 hari. Upaya utamanya adalah menciptakan kadar setinggi-tingginya dalam waktu singkat, untuk mengejar kemungkinan replikasi HIV di mastcell atau CD4 atau lainnya akibat paparan langsung intrajaringan atau intravena. Dengan kadar yang cukup maka setiap terjadi replikasi, bila memang terinfeksi, bisa segera dieliminasi dan dihancurkan oleh kadar obat yang cukup, sehingga belum sempat mencapai sistem jaringan reservoir. Kecemasan petugas seringkali dikira sebagai efek samping pada ARV yang tidak menggunakan efavirenz. Sehingga sering dikira berefek samping mual dan lelah. Pada ARV Profilaksis dengan EFV, tingkat kecemasan itu memperburuk persepsi petugas tentang HIV.

Karena itu, selain obat ARV diberikan juga obat yang dapat meringankan efek samping, misalnya obat untuk mengurangi mual dan sakit kepala (jika diberikan zidovudin). Untuk mengurangi efek samping, penderita dianjurkan untuk meminum obat bersama makanan.

Materi utama konseling yang diperlukan oleh petugas yang terpajan antara lain :

- a. Seberapa besar risikonya untuk terinfeksi?
- b. Seberapa besar obat ARV PPP ini mampu menghambat risiko penularan dari pasien?
- c. bagaimana kemungkinan penularan kepada pasangannya jika ternyata masuk ke window period?
- d. bagaimana persepsi sistem kesehatan terhadap petugas kesehatan yang terinfeksi akibat pajanan pekerjaan.?
- e. Kapan boleh berkonsultasi secara bebas, bolehkah telpon di malam hari ?

Evaluasi Laboratorium;

Tes HIV ulangan pertama secepat-cepatnya 2 minggu pasca pajanan dalam hal petugas mengalami depresi berat; atau 4-6 minggu kemudian, normalnya adalah mengikuti patofisiologi infeksi HIV yaitu 3 bulan pasca pajanan dengan pengawasan klinis ada tidaknya "flu-like syndrome"

Tes HIV berikutnya dapat dilakukan 3 bulan kemudian, hingga satu tahun. Pada beberapa kasus pemeriksaan dilakukan setiap 3 bulan hingga 2 tahun. Bila terdapat ciri kepribadian tertentu, maka seseorang bisa melakukan tes sampai 3-5 tahun.

3.9.2.3. Profilaksis pasca Pajanan kasus Sifilis

Langkah kerja profilaksis pasca pajanan Sifilis:

1. Tes Sifilis bagi petugas terpajan dengan syarat pernah tes Sifilis sebelumnya dengan hasil negatif, saat ini hasil tes Sifilis tetap negatif
2. Tes Sifilis bagi pasien sumber pajanan positif atau dari anamnesis berisiko tinggi atau secara klinis menunjukkan kemungkinan infeksi Sifilis yang belum dilakukan penapisan tes Sifilis
3. Pencatatan valid (NIK) atas petugas terpajan maupun pasien sumber pajanan dengan hasil petugas negatif Sifilis, dan pasien sumber pajanan positif Sifilis.

Penilaian risiko pola pajanan relatif sama seperti HIV yang menurut petugas terpajan memerlukan profilaksis dinyatakan secara tertulis.

Pengobatan untuk Profilaksis Pasca Paparan Sifilis :

Pengobatan adekuat menggunakan Benzatin Penisilin G 2.4 juta IU IM single dose tes dulu .

Dalam hal terdapat alergi atau menghendaki cara lain dapat diberikan Eritromisin 4 x 500 mg oral / hari selama 30 hari

Evaluasi Laboratorium;

Tes Sifilis ulangan pertama secepat-cepatnya 45 hari pasca paparan dalam hal petugas mengalami depresi berat, normalnya sesuai dengan patofisiologi antibodi Sifilis yaitu 3 bulan pasca paparan dengan atau tanpa pengawasan klinis. Tes HIV berikutnya dapat dilakukan 3 bulan kemudian, hingga satu tahun. Jarang sekali ditemukan seseorang yang sangat paranoid bila terpapar Sifilis karena persepsi stigma yang tidak terlalu berat, tidak seperti HIV, sekalipun kejadian prevalensi sifilis menurut Riskesdas sekitar 5-6 kali lipat kejadian prevalensi HIV.

3.9.2.4. Profilaksis Pasca Paparan pada Kasus Hepatitis B

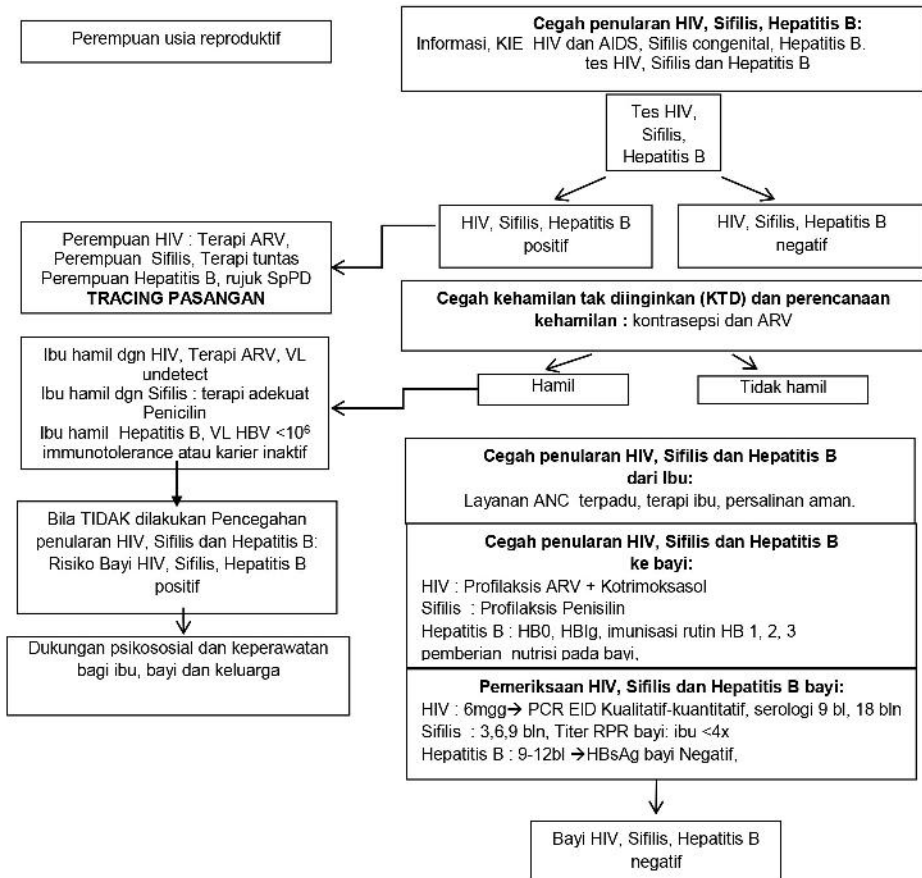
Petugas kesehatan sebaiknya sudah mendapatkan vaksinasi Hepatitis B lengkap. Bagi petugas yang tidak divaksinasi dan terpapar dengan virus Hepatitis B, pencegahan pasca paparan berupa kombinasi HBIG (untuk mencapai kadar anti-HBs yang tinggi dalam waktu singkat) dan vaksin Hepatitis B (untuk kekebalan jangka panjang dan mengurangi gejala klinis) harus diberikan. Pada pasien yang terpapar secara perkutan maupun seksual, status HBsAg dan Anti-HBs sumber paparan dan orang yang terpapar harus diperiksa. Apabila orang yang terpapar terbukti memiliki kekebalan terhadap Hepatitis B atau sumber paparan terbukti HBsAg negatif, pemberian profilaksis pasca paparan tidak diperlukan. Apabila sumber paparan terbukti memiliki status HBsAg positif dan orang yang terpapar tidak memiliki kekebalan, maka pemberian HBIG harus dilakukan segera dengan dosis 0,06mL/kg berat badan dan diikuti vaksinasi. Apabila status HBsAg sumber paparan tidak diketahui, maka harus dianggap bahwa status HBsAg sumber paparan adalah positif. Pada pasien yang divaksinasi atau mendapat HBIG, HBsAg dan Anti-HBs sebaiknya diperiksa 2 bulan setelah paparan. Rangkuman panduan pencegahan pasca paparan Hepatitis B, dapat dilihat Tabel dibawah ini :

Tabel 17 . Panduan Pencegahan Paska Paparan Hepatitis B

Status vaksinasi dan respons antibodi orang yang terpajan	TERAPI		
	Sumber HBsAg (+)	Sumber HBsAg (-)	Sumber tidak diketahui/tidak tersedia fasilitas pemeriksaan
Tidak Vaksinasi	HBIG 0,06 mL/kgBB dan inisiasi seri vaksin Hepatitis B	inisiasi seri vaksin Hepatitis B	HBIG 0,06 mL/kgBB dan inisiasi seri vaksin Hepatitis B
Pernah Vaksinasi			
Responder (Anti-HBs $\geq$ 10 mIU/mL)	Tidak ada perlakuan khusus	Tidak ada perlakuan khusus	Tidak ada perlakuan khusus
Non responder (Anti-HBs < 10 mIU/mL)	HBIG 0,06 mL/kgBB dan inisiasi seri vaksin Hepatitis B	Tidak ada perlakuan khusus	HBIG dan inisiasi seri vaksin Hepatitis B
Tidak diketahui	Uji Anti-HBs bagi yang terpajan : 1. Responder, tidak perlu perlakuan khusus 2. Nonresponder, HBIG 0,06mL/kgBB dan vaksin, cek ulang Anti-HBs dalam 1-2 bulan	Tidak ada perlakuan khusus	Uji Anti-HBs bagi yang terpajan: • Responder, tidak perlu perlakuan khusus • Nonresponder, HBIG 0,06mL/kgBB dan vaksin, cek ulang Anti-HBs dalam 1-2 bulan

Sumber : Pedoman Tatalaksana dan Rujukan Hepatitis B di Fasyankes, Kemenkes RI, Tahun 2014

Bagan 9. Alur kegiatan PPIA komprehensif



BAB 4

JEJARING, ALUR PELAYANAN, PERAN DAN SISTEM RUJUKAN PENCEGAHAN PENULARAN HIV, SIFILIS DAN HEPATITIS B

Seperti halnya pelayanan kesehatan lainnya, pencegahan penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dalam pelayanan antenatal care (ANC) adalah pola layanan komprehensif dan berkesinambungan (LKB).

Sesuai ketentuan peraturan yang berlaku, pelayanan antenatal care bagi ibu hamil memiliki Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) 4A. Pelayanan Antenatal care sesungguhnya adalah murni sebuah upaya kesehatan masyarakat yaitu upaya kesehatan perorangan di tingkat pelayanan primer dan masyarakat untuk memastikan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Sama seperti upaya kesehatan perorangan lainnya, untuk meningkatkan akses dan cakupan maka perlu dibuat jejaring rujukan pelayanan. Jejaring tersebut mencakup rujukan internal maupun eksternal antara fasyankes pemerintah dan swasta. Setiap petugas kesehatan yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak di fasyankes harus mampu melaksanakan tugas peran dan fungsinya di dalam pelayanan; sedangkan untuk pencatatan, pelaporan, monitoring dan evaluasi serta pembinaan dan pengawasan mungkin diperlukan penunjukan petugas tertentu karena telah disebutkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan bahwa petugas pemberi pelayanan kesehatan langsung wajib melakukan pencatatan secara lengkap dan valid; bahkan dalam MTBS/M disebutkan penapisan dilakukan oleh perawat atau bidan dengan rujukan pertama dokter di fasyankes tersebut. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan, Sistem Rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal.

Rujukan adalah salah satu jenis tindakan kedokteran yang wajib tercatat dalam rekam medis. Pencatatan dan Pelaporan dilakukan oleh perujuk maupun penerima rujukan. Manajemen fasilitas pelayanan kesehatan berkewajiban memastikan pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan terdokumentasi dengan baik sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas Dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 49 Tahun 2016 Tentang Pedoman Teknis Pengorganisasian Dinas Kesehatan Provinsi Dan Kabupaten/Kota

Jejaring rujukan harus memastikan umpan balik agar pengirim mengetahui bahwa rujukannya terlayani dan mendapatkan rujukan balik untuk keperluan tindak lanjut. Hasil rujukan harus didokumentasikan baik pada dokumen pengirim rujukan maupun penerima rujukan. Untuk itu, perlu menggunakan formulir rujukan dan rujuk balik yang baku sesuai Permenkes Nomor 1 tahun 2012. Petugas kesehatan harus bertindak secara proaktif memonitor dan mengevaluasi klien/pasien untuk menghindari kehilangan pasien yang dirujuk (*lost follow up*). Klien/pasien yang dirujuk tanpa pendamping seringkali tidak terlacak. Pendampingan dalam merujuk pasien didasarkan pada kebutuhan medis pasien.

Pertemuan jejaring rujukan dapat dilakukan sesuai kebutuhan. Pertemuan antar institusi layanan difasilitasi oleh dinas kesehatan sebagai bagian dari pembinaan dan pengawasan. Hal-hal yang dapat dilakukan seperti mengevaluasi rujukan secara umum baik vertikal ataupun horizontal, verifikasi dan validasi data, pertemuan forum koordinasi untuk perencanaan tindakan lanjut dll. Untuk jejaring rujukan internal, dapat dilakukan dengan pertemuan secara rutin antara tim PDP untuk membahas kasus atau menelaah rekam medis. Rujukan juga dapat dilakukan secara efektif dengan memanfaatkan teknologi komunikasi, seperti telepon, radio komunikasi, dll.

4.1 Peran Tiap Pihak dalam Jejaring Pelayanan

Para pihak yang terlibat dalam Pelayanan Pencegahan Penularan HIV, Sifilis dari Ibu ke Anak adalah seluruh jenjang dan lapisan masyarakat serta pemerintah daerah maupun pemerintah pusat, secara lintas sektor, lintas program yang mengedepankan hak atas kesehatan dan *humanity*. Secara institusional pemerintahan, pihak yang terlibat antara lain :

No	LP	Peran	
		Provinsi	Kabupaten/Kota
	Pengelola Program P2M	• Sinkronisasi Sistem dan Upaya program KIA & P2PML secara UKP maupun UKM • Melakukan pemetaan situasi epidemi kabupaten/ kota, provinsi • Mengadakan - mengusulkan ketersediaan bahan dan logistic +mendistribusikannya • Memfasilitasi kemampuan tes bagi petugas laboratorium di tingkat propinsi dan kabupaten/kota • Melakukan revitalisasi kompetensi & kewenangan tenaga kesehatan • Melakukan pertemuan berkala integratif anta program di tingkat propinsi • Melakukan mon-ev dan bim-tek kegiatan-program	• Inventarisasi fasilitas kesehatan dan tenaga yang terkait dengan pengelolaan Program KIA & P2PML • Pemetaan sasaran program SPM • Merevitalisasi kompetensi dan kewenangan tata laksana di FKTP (puskesmas) dan FKRTL (RS) • Mengadakan kebutuhan logistik SPM Ibu hamil dan lainnya ke Propinsi & Pusat • Melakukan pertemuan berkala penguatan program • Membentuk dan membina jejaring kerjasama dengan stakeholder program, sektor, ormas, kader kesehatan • Membentuk dan membina jejaring kerjasama dengan LSM dan komunitas • Memastikan terlaksananya sistem

		- Melakukan rekap pencatatan dan pelaporan SIHA, SIHEPI dari kabupaten/kota, kompilasi, analisa dan feed-back - Mengupayakan pembiayaan kegiatan program - Memetakan beban internal-eksternal setiap jenjang pemerintahan - Mengevaluasi Eliminasi penularan HIV Sifilis dan Hepatitis B tingkat Kab.kota	rujukan vertikal dan horisontal, sistem surveilans dan penetapan situasi epidemi - Mengusulkan dan memastikan terpenuhinya sasaran target upaya pemenuhan SPM bidang kesehatan tercapai 100% - Melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis - Melakukan rekapitulasi pencatatan dan pelaporan, penghitungan beban internal dan eksternal - Mengusulkan nilai eliminasi penularan HIV Sifilis dan Hepatitis B tingkat Kab.kota
	Pengelola Program KIA	- Pelatihan 3E di tingkat propinsi dan kabupaten/kota, bagi kepala puskesmas dan bidan - Melakukan penguatan FKTP dan FKRTL pelayanan KIA dan KB - Memastikan terlaksananya KIA dan KB - Melakukan pertemuan berkala 3E di tingkat propinsi - Memastikan terselenggaranya ANC terpadu berkualitas tepat waktu di seluruh kab/kota - Melakukan surveilans teknis dan manajemen Kohort ibu hamil, ibu bersalin, bayi dan anak (KIA-KB) - Melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis kegiatan ke kabupaten/kota - Mengupayakan pembiayaan kegiatan PPIA - Melakukan rekapitulasi pencatatan dari kabupaten/kota di wilayahnya - Memetakan beban internal-eksternal setiap jenjang pemerintahan - Mengevaluasi Eliminasi penularan HIV Sifilis dan Hepatitis B tingkat Kab.kota	- Pemetaan sasaran program KIA - Memastikan terlaksananya SPM Ibu hamil 100% - Melakukan orientasi 3E bagi pengelola Program di kab/kota - Melaksanakan orientasi dan pelatihan PPIA bagi tenaga kesehatan (kepala puskesmas, bidan dan perawat) di puskesmas dan RS - Melakukan pertemuan berkala PPIA di tingkat kabupaten/kota termasuk di RS - Melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis kegiatan PPIA ke puskesmas - Melakukan rekapitulasi pencatatan dari fasilitas kesehatan di wilayah kabupaten/kota - Mengusulkan dan memastikan terpenuhinya sasaran target upaya pemenuhan SPM bidang kesehatan tercapai 100% - Melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis - Melakukan rekapitulasi pencatatan dan pelaporan, penghitungan beban internal dan eksternal - Mengusulkan nilai eliminasi penularan HIV Sifilis dan Hepatitis B tingkat Kab.kota

Lintas Program Promosi Kesehatan

Pusat	Provinsi	Kabupaten/ Kota
- Mengembangkan metoda dan teknologi promosi kesehatan pencegahan penularan dari ibu ke anak - Membina advokasi dan kemitraan kesehatan terkait pencegahan penularan dari ibu ke anak	- Mengembangkan metoda dan teknologi promosi kesehatan terkait pencegahan penularan dari ibu ke anak sesuai dengan spesifikitas lokal - Membina advokasi dan kemitraan kesehatan terkait pencegahan	- Mengembangkan metoda dan teknologi promosi kesehatan terkait pencegahan penularan dari ibu ke anak sesuai dengan spesifikitas lokal - Membina advokasi dan kemitraan kesehatan terkait pencegahan penularan dari

• Membina pemberdayaan dan peran serta masyarakat terkait pencegahan penularan dari ibu ke anak • Mengembangkan strategi komunikasi pencegahan penularan dari ibu ke anak • Mengembangkan lesson learn partisipasi masyarakat dan komunitas dalam pencegahan penularan dari ibu ke anak bebas stigma dan diskriminasi	penularan dari ibu ke anak Membina pemberdayaan dan peran serta masyarakat terkait PPIA • Mengupayakan sumber pembiayaan promkes pencegahan penularan dari ibu ke anak • Mengembangkan strategi komunikasi pencegahan penularan dari ibu ke anak • Mengembangkan lesson learn partisipasi masyarakat dan komunitas dalam pencegahan penularan dari ibu ke anak bebas stigma dan diskriminasi	ibu ke anak • Membina pemberdayaan dan peran serta masyarakat terkait pencegahan penularan dari ibu ke anak • Mengupayakan pembiayaan promkes terkait pencegahan penularan dari ibu ke anak • Mengembangkan strategi komunikasi pencegahan penularan dari ibu ke anak • Mengembangkan lesson learn partisipasi masyarakat dan komunitas dalam pencegahan penularan dari ibu ke anak bebas stigma dan diskriminasi
---	--	---

Lintas Program Pelayanan Kesehatan

PUSAT	PROVINSI	KABUPATEN KOTA
• Menyiapkan <i>centre of excellent</i> layanan eliminasi HIV Sifilis dan Hepatitis B • Memastikan akreditasi berarti mampu laksana pelayanan diFKTP & FKRTL • Melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis kegiatan eliminasi HIV Sifilis dan Hepatitis B di fasyankes • Membuat- melaksanakan sistem pemantapan dan pemantauan mutu laboratorium • Memastikan pelayanan kesehatan ibu dan anak tercatat secara valid dan dapat dipercaya • Menetapkan discordant reagen scr nasional	• Memastikan setiap RS mampu melakukan pelayanan eliminasi HIV Sifilis dan Hepatitis B • Membantu menyediakan sarana dan prasarana upaya eliminasi HIV Sifilis dan Hepatitis B di kabupaten/kota yang tidak mampu • Menyiapkan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan regional • Melakukan pembinaan dalam mencapai akreditasi terhadap fasilitas kesehatan dasar/rujukan • Melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis eliminasi HIV Sifilis dan Hepatitis B ke fasyankes • Melaksanakan sistem pemantapan dan pemantauan mutu laboratorium • Menetapkan discordant reagen di provinsi	• Memastikan setiap RS mampu laksana eliminasi HIV, Sifilis, Hepatitis B • Memastikan setiap dokter FKTP mampu mengobati ARV, rujukan sifilis dan Hepatitis B • Menyediakan sarana dan prasarana upaya eliminasi HIV, Sifilis, Hepatitis B • Memastikan semua tenaga kesehatan yang terlibat dalam jejaring KIA eliminasi HIV, Sifilis, Hepatitis B mampu skrining dan rujukan bila diperlukan • Melakukan pembinaan akreditasi FKTP & FKRTL mampu eliminasi HIV, Sifilis dan Hepatitis B • Melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis kegiatan ke fasyankes dan membina jejaring KIA-P2PML • Melaksanakan sistem pemantapan dan pemantauan mutu laboratorium • Menetapkan discordant reagen di kab/kota

Lintas Program Sumber Daya Kesehatan

PUSAT	PROVINSI	KABUPATEN/KOTA
- Melakukan sertifikasi pelatihan PELATIH 3E - Melakukan pelatihan PELATIH 3E - Melakukan penguatan kolegium terkait 3E - Melakukan update aspek legal, kebijakan dan implementasi pelaksanaan 3E, SPM KIA dan P2PML	- Melakukan sertifikasi pelatihan manajemen 3E - Melakukan pelatihan pelayanan 3E - Melakukan penguatan kolegium terkait 3E - Melakukan update aspek legal, kebijakan dan implementasi pelaksanaan 3E, SPM KIA dan P2PML - Melakukan pelatihan penilaian evaluasi pencapaian 3E	- Melakukan revitalisasi kompetensi dan kewenangan tenaga kesehatan dalam KIA dan P2PML - Melakukan pelatihan pelayanan 3E - Melakukan penguatan kolegium terkait 3E - Melakukan update aspek legal, kebijakan dan implementasi pelaksanaan 3E, SPM KIA dan P2PML - Mengevaluasi mengusulkan pencapaian 3E

Aspek penting dalam pelaksanaan ini adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Tenaga Kesehatan, Sistem Pelayanan Kesehatan, Sistem Penilaian Eliminasi, Posisi peran partisipasi masyarakat, peran sentral ibu terinfeksi.

- Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
- Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
- Sistem Pelayanan Kesehatan adalah sebuah sistem atau cara yang dilakukan sendiri atau secara bersama untuk mengetahui kondisi kesehatan, memelihara, meningkatkan, mencegah atau menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, kelompok dan masyarakat,
- Sistem Penilaian Eliminasi penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B adalah sistem atau cara untuk menilai secara obyektif kinerja dan pencapaian hasil berdasarkan target nyata yang terukur dan sudah ditetapkan sendiri oleh setiap kabupaten kota,
- Partisipasi masyarakat adalah peran serta masyarakat untuk menyalurkan aspirasi, pemikiran, dan kepentingannya dalam penyelenggaraan jenjang pemerintahan.
- Peran sentral ibu terinfeksi dan pasangan adalah posisi penting seorang perempuan sebagai subyek pemutus rantai penularan atas infeksi yang terjadi padanya kepada bayi/anak yang dikandungnya dengan atau tanpa dukungan pasangannya.

Pencegahan HIV pencegahan Sifilis Kongenital dan pencegahan Hepatitis B wajib dilaksanakan oleh setiap fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah maupun swasta sesuai kewenangan dan kompetensi tenaga kesehatan yang melayani di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut. Untuk Pencegahan penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak dilaksanakan oleh setiap fasyankes yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Pada pelaku yang berhubungan dengan kesehatan Ibu dan Anak antara lain Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas pembantu, Polindes/posyandes, bidan desa serta bidan praktek mandiri. Di tingkat masyarakat, pelayanan pencegahan penularan dari ibu ke anak (PPIA) dilakukan oleh ibu, orang tua, keluarga terdekat, kelompok dukungan sebaya (KDS) ODHA, kader kesehatan, organisasi masyarakat ataupun lembaga swadaya masyarakat (LSM), dengan dukungan pemerintah setempat ataupun swasta.

4.2. Rumah Sakit Sebagai Pengampu Paripurna Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak terkait Penyakit Menular Langsung HIV, Sifilis dan Hepatitis B.

Sesuai Undang Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit disebutkan bahwa : Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dengan demikian setiap Rumah Sakit wajib mampu memberikan pelayanan paripurna bagi kesehatan ibu dan kesehatan anak termasuk terhadap penyakit menular langsung. Ketidak mampuan pelayanan tersebut membuktikan adanya pelanggaran terhadap Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2017 Tentang Akreditasi Rumah Sakit

4.3. Pusat Kesehatan Masyarakat

Puskesmas atau Pusat Kesehatan Masyarakat adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Untuk itu puskesmas melakukan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP). UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat, sedangkan UKP adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.

Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak secara programatik dimulai dari skrining atau deteksi dini sederhana infeksi HIV, Sifilis dan Hepatitis B. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 37 Tahun 2012 Tentang Penyelenggaraan Laboratorium Pusat Kesehatan Masyarakat, Kemampuan pemeriksaan laboratorium di Puskesmas meliputi pemeriksaan-pemeriksaan dasar seperti:

- a. Hematologi: Hemoglobin, Hematokrit, Hitung eritrosit, Hitung trombosit, Hitung lekosit, Hitung jenis lekosit, LED, Masa perdarahan dan Masa pembekuan.
- b. Kimia klinik: Glukosa, Protein, Albumin, Bilirubin total, Bilirubin direk, SGOT, SGPT, Alkali fosfatase, Asam urat, Ureum/BUN, Kreatinin, Trigliserida, Kolesterol total, Kolesterol HDL dan Kolesterol LDL.
- c. Mikrobiologi dan Parasitologi: BTA, *Diplococcus* gram negatif, *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans*, *Bacterial vaginosis*, Malaria, *Microfilaria* dan Jamur permukaan.
- d. Imunologi: Tes kehamilan, Golongan darah, Widal, **VDRL**, **HbsAg**, **Anti Hbs**, **Anti HIV** dan **Antigen/antibody dengue**.
- e. Urinalisa: Makroskopis (Warna, Kejernihan, Bau, Volume), pH, Berat jenis, Protein, Glukosa, Bilirubin, Urobilinogen, Keton, Nitrit, Lekosit, Eritrosit dan Mikroskopik (sedimen).
- f. Tinja: Makroskopik, Darah samar dan Mikroskopik.

Metode pemeriksaan laboratorium di Puskesmas menggunakan metode manual, semi otomatis dan otomatis. Dengan demikian, bilamana sebuah puskesmas tidak mampu melakukan kemampuan dasarnya maka puskesmas tersebut tidak layak dinilai akreditasinya. Apalagi jika dokter puskesmas / FKTP tersebut tidak atau belum memenuhi Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/Menkes/514/2015 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama.

a. HIV/AIDS TANPA KOMPLIKASI

No. ICPC-2 : B90 *HIV-infection/AIDS*
 No. ICD-10 : Z21 *Asymptomatic Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection status*

Tingkat Kemampuan **4A**

b. SIFILIS

No. ICPC-2 : Y70 Syphilis male
 X70 Syphilis female
 No. ICD-10 : A51 Early syphilis
 A51.0 Primary genital syphilis
 A52 Late syphilis
 A53.9 Syphilis, unspecified

Tingkat Kemampuan **3A**

c. HEPATITIS B

No. ICPC-2 : D72 *Viral Hepatitis*
 No. ICD-10 : B16 *Acute Hepatitis B*

Tingkat Kemampuan **3A**

Namun demikian, untuk memenuhi prasyarat program dimana Program adalah instrumen kebijakan yang berisi satu atau lebih kegiatan yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah/lembaga untuk mencapai sasaran dan tujuan serta memperoleh alokasi anggaran untuk mencapai hasil yang terukur sesuai dengan misi yang hendak dicapai, atau kegiatan masyarakat yang dikoordinasikan oleh instansi pemerintah, maka untuk mengatasi ketimpangan sistem kesehatan tersebut, dalam upaya eliminasi penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B, puskesmas dikelompokkan sesuai dengan kemampuan tenaga dan kelengkapan sarana/prasarana sebagai berikut:

- Puskesmas Tipe 1 : baru mampu melakukan promosi, KIE, upaya preventif HIV, IMS, dan Hepatitis B serta mampu melakukan tes HIV, tes Sifilis dan tes HBsAg, melanjutkan pengobatan HIV dan membangun jejaring dengan layanan pengobatan lainnya, Pengobatan Sifilis primer dan profilaksis sifilis pada bayi dan pemberian HBIG pada bayi dari ibu Hepatitis B.
- Puskesmas Tipe 2: mampu melakukan pelayanan seperti pada Tipe 1, telah mendapatkan pelatihan dan atau pengampunan sehingga mampu tuntas penanganan dan pengobatan HIV, serta memiliki jejaring dengan rumah sakit rujukan.

4.4. Jejaring Pelayanan Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak.

Jejaring pelayanan mengikuti permenkes 71 tahun 2013 tentang layanan kesehatan pada JKN, Fasilitas pelayanan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif. Pelayanan kesehatan komprehensif sebagaimana dimaksud di atas berupa pelayanan promotif, preventif, deteksi dini – diagnosis, kuratif dan rehabilitatif, pelayanan kebidanan dan pelayanan kesehatan darurat medis termasuk pelayanan penunjang yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana dan pelayanan kefarmasian yang sesuai dengan ketentuan peraturan yang berlaku. Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan komprehensif bagi fasilitas kesehatan yang tidak memiliki sarana penunjang wajib membangun jejaring dengan sarana penunjang. Dalam hal memerlukan pelayanan penunjang dapat diperoleh melalui rujukan ke fasilitas penunjang lainnya.

Puskesmas Pembantu dan Polindes, berperan dalam menemukan secara dini ibu hamil berisiko yang mengidap HIV, Sifilis, IMS lainnya dan Hepatitis B, sehingga mampu menganjurkan mereka untuk melakukan tes HIV, Sifilis dan Hepatitis B disamping pemeriksaan laboratorium rutin lainnya. Bagi fasyankes yang mempunyai kemampuan terbatas, tes HIV, Sifilis dan Hepatitis B dapat dilakukan di fasyankes terdekat yang mampu melakukannya melalui rujukan kasus. Kader kesehatan dan masyarakat dapat berperan sebagai pendukung upaya pemerintah dalam upaya pencegahan HIV, Sifilis Kongenital dan Hepatitis B dari ibu ke anak.

Pengambilan ARV dapat dilakukan pada RS/Puskesmas yang telah melaksanakan inisiasi ARV.

Tabel 18. Peran Setiap Pihak Pada Aktivitas PPIA

No	Aktivitas	Rumah sakit	Puskesmas/ klinik	BPM/Pustu/ Polindes/ Poskesdes	Kader kese- hatan, ormas dan LSM	Keluarga terdekat, kelompok dukungan sebayu (KDS)
1	KIE	V	V	V	V	V
2	1) Tes HIV, Sifilis dan Hepatitis B 2) Konseling pasca tes HIV, Sifilis dan Hepatitis B	V V	V V bila tak mampu, rujuk	- /V V Rujuk	Memobilisasi ibu hamil untuk KTS di fasilitas kesehatan atau <i>mobile</i> - KTS.	
3	Pelayanan Keluarga Berencana	V	V	V	Edukasi	Edukasi
4	Persiapan kehamilan	V	V	V	- Mengajak pasangan ibu hamil untuk terlibat aktif selama masa kehamilan, persalinan dan nifas - Perawatan berbasis masyarakat	- Kegiatan penyuluhan PPIA; pendampi- ngan ibu hamil dengan HIV, Sifilis dan Hepatitis B - Perawata n berbasis rumah (keluarga)
5	Pelayanan antenatal • Pemberian ARV dan terapi Sifilis	V	V Bila tak mampu, rujuk	- Rujuk dan bantu pemantauan		
	• Penanganan Infeksi oportunistik pada infeksi HIV , misalnya IMS, malaria, tuberkulosis.	Edukasi, diagnosis dan tata laksana	Edukasi, diagnosis dan tata laksana	Edukasi, deteksi dini dan pemantauan		
6	Pertolongan Persalinan aman • Perencanaan dan konseling • Per vaginam • Bedah sesar	V V V V	V V -	V V -		
7	• Pemberian makanan bayi pada ibu dengan HIV • Pemberian Vaksin HBO dan HB1g • Pemeriksaan dan Terapi Bayi HIV/Sifilis	V V V	V V - / V	V V -	Edukasi pada ibu dan keluarga serta pendampingan pemberian makanan bayi	
8	Dukungan medis lanjutan pada masa nifas	V	V Pemantauan tata laksana lanjutan	V Pemantauan tata laksana lanjutan	- Dampingan (kunjungan rumah, bantuan ekonomi) - Mengaktifkan <i>support group</i> perempuan HIV - Agar bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap	
9	Dukungan psikososial	V	V	V	Menjadi teman/sahabat, menghilangkan stigma dan diskriminasi	

10	Catatan khusus	Promosi Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit (PKMRS), kunjungan rumah, edukasi masyarakat	Dukungan terintegrasi KIA/KB dan menerima rujukan LSM/KDS	Penilaian perilaku terhadap ibu hamil yang berkunjung	- Layanan rujukan ke Puskesmas atau RS untuk diagnosis, tata laksana dan dukungan medis lanjutan - Pelatihan kader masyarakat tentang PPIA dalam upaya eliminasi HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak
----	----------------	---	---	---	---

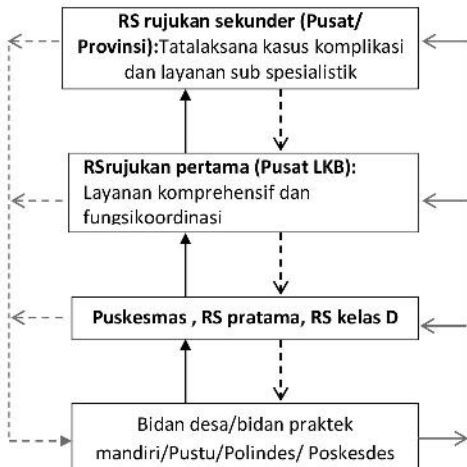
4.5. Sistem Rujukan

Sistem rujukan HIV, Sifilis dan Hepatitis B mengikuti tata rujukan yang berlaku vertikal dan horisontal menurut alur rujukan timbal-balik dari masyarakat ke fasilitas layanan kesehatan primer, sekunder, tersier dan sebaliknya (Bagan 10). Rumah sakit di tingkat Kabupaten/Kota menjadi Pusat rujukan layanan komprehensif berkesinambungan (LKB). Pusat rujukan LKB didorong untuk membangun koordinasi dan kolaborasi dari berbagai pihak yang berkepentingan, termasuk pelayanan klinik, keluarga klien dan komunitas yang ada seperti komunitas ODHA.

Bagan 10. Alur Rujukan Vertikal dan Horisontal Timbal-Balik

Alur rujukan perseorangan umum Alur rujukan/komunikasi timbal balik perseorangan $\longrightarrow$ $\cdots \longrightarrow$

Alur rujukan emergensi Alur rujukan balik emergensi



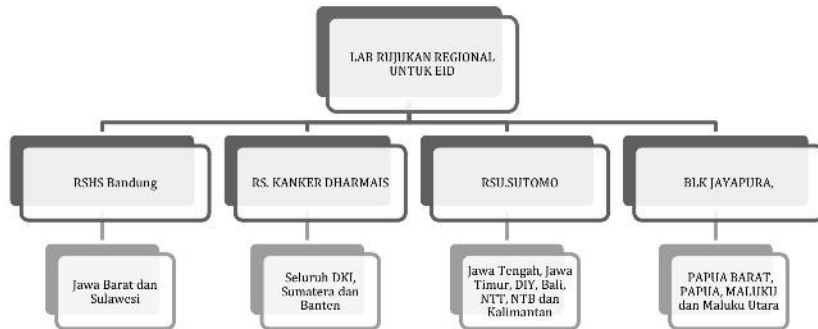
Bidan desa/bidan praktek mandiri/Pustu/Polindes/Poskesdes dapat melakukan rujukan ke Puskesmas atau langsung ke Rumah Sakit Kabupaten/Kota dalam keadaan emergensi. Sebaliknya, mereka dapat menerima rujukan balik dari Puskesmas/rumah sakit untuk membantu melakukan pemantauan kepatuhan minum obat ARV dan layanan konseling terkait PPIA, Sifilis dan Hepatitis B

Puskesmas, rumah sakit pratama dan rumah sakit kelas D dapat melakukan rujukan ke rumah sakit Kabupaten/Kota atau langsung ke rumah sakit Provinsi dalam keadaan emergensi. Rumah sakit rujukan tingkat Kabupaten/Kota dan Provinsi wajib melakukan komunikasi dan rujukan kembali ke Puskesmas dan jaringannya untuk tatalaksana kasus secara komprehensif berkelanjutan.

Rumah sakit Kabupaten/Kota dapat melakukan rujukan ke rumah sakit Provinsi. Rumah sakit rujukan tingkat Provinsi wajib melakukan komunikasi dan rujukan kembali ke rumah sakit Kabupaten/Kota untuk tatalaksana kasus secara komprehensif berkelanjutan.

Rujukan *Early Infant Diagnostic* (EID) secara nasional telah ditetapkan 4 rujukan laboratorium regional yaitu: 1. RS Hasan Sadikin untuk wilayah Jawa Barat dan Pulau Sulawesi, 2. RS Kanker Dharmais untuk wilayah DKI, Banten dan Pulau Sumatera, 3. RS Dr. Soetomo Surabaya untuk wilayah Jawa Tengah, Jawa Timur, DIY, Bali, NTT, NTB dan Pulau Kalimantan, dan 4. BLK Jayapura untuk wilayah Papua Barat, Papua, Maluku dan Maluku Utara (sesuai bagan 11).

Bagan 11. Jejaring Rujukan EID (Deteksi Dini HIV Pada Bayi)



Pemeriksaan EID sebaiknya dilakukan pada:

- Pemeriksaan HIV DNA PCR direkomendasikan pada bayi yang terpapar HIV paling awal **usia 6 minggu**
- Dinyatakan terinfeksi HIV harus berdasarkan **2 kali pemeriksaan virologi positif** yang dilakukan dari darah yang berbeda
- Dinyatakan tidak terinfeksi HIV harus berdasarkan **2 kali pemeriksaan virologi negatif** yang dilakukan dari darah yang berbeda
- Pada anak >18 bulan, dapat menggunakan pemeriksaan antibodi HIV untuk diagnosis HIV

Pemeriksaan HIV DNA dibutuhkan sampel : Darah (*whole blood*) dan *Dried blood spots*, sedangkan untuk pemeriksaan HIV RNA dibutuhkan sampel: Darah (plasma EDTA). Tatacara pengambilan sampel dan pengiriman harus sesuai dengan standar, untuk ini diperlukan infrastruktur laboratorium yang baik, umumnya dilakukan pada laboratorium Provinsi / rujukan. Diharapkan adanya pelatihan personel yang akan melakukan pengambilan sampel, agar kualitas dapat terjaga.

BAB 5

MANAJEMEN LOGISTIK

5.1. Kebijakan

- Pengadaan barang dan jasa dilakukan sesuai dengan prinsip transparansi, akuntabilitas, keadilan, perlakuan setara, pencegahan Korupsi Kolusi dan Nepotisme (KKN) termasuk konflik kepentingan, efektifitas dan efisiensi serta mengacu pada peraturan presiden dan peraturan lainnya yang sedang berlaku.
- Dana hibah luar negeri tidak bisa dipergunakan untuk membayar pajak yang berkaitan dengan pengadaan barang dan jasa.

5.2. Perencanaan Kebutuhan Bahan/Alat dan Obat untuk Pencegahan Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak.

Metode Kombinasi dalam perencanaan yang merupakan gabungan dari metode konsumsi dan morbiditas sangat dianjurkan karena menghasilkan data yang lebih akurat dan *reasonable* serta mempertimbangkan trend penggunaan dan estimasi kasus penyakit yang terjadi. Sebagai rujukan adalah Petunjuk Teknis Pengelolaan Logistik Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2018. Proses perencanaan kebutuhan logistik dilakukan secara berjenjang.

Tabel 19. Perencanaan Logistik

Tingkat Pelaksana	Pelaksana Perencanaan	Sumber Data	Usulan Kebutuhan
Puskesmas	Penanggung Jawab Program P2 (Pengelola Program HIV, IMS, Hepatitis) bersama penanggung jawab program KIA	1. Sasaran dan Target Tahunan Program 2. LPLPO 3. Form 9B Hepatitis B	Dikirim ke Dinkes Kabupaten/Kota
Kabupaten/Kota	Tim Perencanaan Obat terpadu	• Hasil Rekapitulasi Perencanaan logistik Puskesmas + Buffer stock Kabupaten/Kota sebanyak 10%	Dikirim ke Provinsi
Provinsi	Tim Perencanaan Obat terpadu	Hasil Rekapitulasi Perencanaan logistik Kabupaten/Kota	Dikirim ke : 1. Ditjen P2P 2. Dit. Tata Kelola Obat Publik dan Perbekkes
Pusat	Ditjen P2P	Hasil Rekapitulasi Perencanaan logistik Kabupaten/Kota	Dikirim ke Ditjen Farmakes

Hasil dari perencanaan ini disampaikan secara berjenjang dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ke Dinas Kesehatan Provinsi lalu ke Ditjen P2P dan Ditjen Farmakes dengan memperhatikan *buffer stock* dimasing-masing jenjang sebesar 10%.

Perhitungan kebutuhan bahan/alat untuk kegiatan Eliminasi Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari ibu ke anak sebagai berikut :

1. Logistik untuk Ibu

a. Perhitungan Kebutuhan Rapid Diagnostik Tes HBsAg untuk deteksi dini pada ibu hamil

$$= \{(\% \text{ Target Bumil per tahun} \times \text{jumlah ibu hamil}) + (10\% \text{ buffer})\} - \text{stock (cadangan)}$$

Untuk mempermudah perencanaan dan permintaan kebutuhan rapid test HIV, Sifilis dan HBsAg, dapat mempergunakan Formulir Pelaporan Penggunaan dan Permintaan Kebutuhan Hblg.

b. Perhitungan Kebutuhan Rapid Diagnostik Tes HIV, untuk deteksi dini pada ibu hamil. RDT HIV 1 disediakan oleh pemerintah daerah, dalam hal pemerintah daerah meminta bantuan dari program Pusat, maka dapat dipenuhi

$$A1 = \{(100\% \times \text{jumlah ibu hamil}) + (10\% \text{ buffer})\} - \text{stock (cadangan)}$$

Jumlah ibu hamil didasarkan pada ibu hamil per Kabupaten/Kota

Catatan:

1. Jumlah ibu hamil didasarkan pada ibu hamil per Kabupaten/Kota

2. RDT HIV untuk penegakan diagnosis disesuaikan dengan prevalensi setempat, disediakan oleh program Pusat

- **Daerah Non Papua dengan prevalensi umum 0,3%,** maka maksimal dibutuhkan 1% dari jumlah sasaran ibu hamil per Kabupaten/Kota

$$A1 = 1\% \times \text{jumlah ibu hamil}$$

$$A2 = 1\% \times \text{jumlah ibu hamil}$$

$$A3 = 1\% \times \text{jumlah ibu hamil}$$

- **Daerah Papua dengan prevalensi umum 2,3%,** maka maksimal dibutuhkan 5% dari jumlah sasaran ibu hamil per Kabupaten/Kota

$$A1 = 5\% \times \text{jumlah ibu hamil}$$

$$A2 = 5\% \times \text{jumlah ibu hamil}$$

$$A3 = 5\% \times \text{jumlah ibu hamil}$$

- c. Perhitungan Kebutuhan TP Rapid Tes Sifilis, untuk deteksi dini pada ibu hamil.

$$\text{TP Rapid} = (\text{jumlah ibu hamil} + 10\% \text{ buffer}) - \text{stock (cadangan)}$$

- d. Perhitungan Kebutuhan RPR Sifilis, untuk ibu hamil.

$$\text{Titer RPR Sifilis} = \{\text{jumlah ibu hamil Sifilis} + (10\% \text{ buffer})\} - \text{stock (cadangan)}$$

Catatan :

Jumlah ibu hamil Sifilis diperkirakan 1,7% dari seluruh ibu hamil.

Untuk mempermudah perencanaan dan permintaan kebutuhan RPR dan Obat Benzatin

- e. Kebutuhan Obat Benzatin Penisilin G 2,4 juta IU pada ibu hamil.

$$\text{BPG dewasa} = \text{Jumlah kasus Sifilis dini} + 3 \text{ kali kasus Sifilis laten} + (10\% \text{ buffer}) - \text{stock (cadangan)}$$

- f. Kebutuhan Obat ARV pada ibu hamil berupa ARV KDT (Kombinasi Dosis Tetap).

$$\text{KDT} = (\text{Jumlah ibu hamil HIV} + 10\% \text{ buffer}) - \text{stock (cadangan)}$$

2. Logistik untuk Bayi dan Anak

- a. Perhitungan Kebutuhan Rapid Test HBsAg untuk pemantauan bayi dari Ibu Hepatitis B usia 9 – 12 bulan

$$= (\text{jumlah bayi dari ibu Hepatitis B} + 10\% \text{ buffer}) - \text{stock (cadangan)}$$

Rapid test HBsAg yang dipilih untuk dipakai pada pemeriksaan didasarkan:

1. Telah terdaftar dan di evaluasi oleh Kementerian Kesehatan atau WHO dengan sensitivitas dan spesifisitas $\geq 95\%$
 2. Mempunyai masa kadaluarsa yang panjang serta mudah didapat.
- b. Perhitungan Kebutuhan untuk Tes Virologi untuk pemantauan bayi dari Ibu ODHA usia 6 – 8 minggu

$$= \{(\text{bayi dari ibu Odha} \times 1 \text{ syringe}) + 10\% \text{ buffer}\} - \text{stock (cadangan)}$$

- c. Perhitungan Kebutuhan HBIg (Hepatitis B Immunoglobulin) untuk bayi dari Ibu Hepatitis B

$$= \{(\text{bayi dari ibu Hepatitis B} \times 1 \text{ syringe}) + 10\% \text{ buffer}\} - \text{stock (cadangan)}$$

Catatan:

Jumlah ibu hamil Hepatitis B diperkirakan 2,5% dari seluruh ibu hamil

Untuk mempermudah perencanaan dan permintaan kebutuhan HBIg, dapat mempergunakan format lampir 11.

- d. Perhitungan Kebutuhan Obat Benzatin Penisilin bagi Bayi.

$$\text{BPG bayi} = \text{Jumlah bayi dari ibu Nifas} + (10\% \text{ buffer}) - \text{stock (cadangan)}$$

- e. Perhitungan Kebutuhan ARV Profilaksis bagi Bayi dari Ibu HIV Berdasarkan Jumlah Laporan SIHA:

- Zidovudin (bagi bayi dari ibu HIV non ASI)

$$\text{ZDV} = \text{Jumlah bayi dari ibu HIV non ASI} + (10\% \text{ buffer}) - \text{stock (cadangan)}$$

- Zidovudin dan Niverapin (bagi bayi dari ibu HIV dengan ASI)

$$\text{ZDV} + \text{NVP} = \text{Jumlah bayi dari ibu HIV dgn ASI} + (10\% \text{ buffer}) - \text{stock (cadangan)}$$

- f. Perhitungan Kebutuhan Kotrimoksazol Profilaksis bagi Bayi dari Ibu HIV :

$$\text{CTX} = \text{Jumlah bayi dari ibu HIV usia 6 minggu ke atas} + (10\% \text{ buffer}) - \text{stock (cadangan)}$$

- g. Perhitungan Kebutuhan ARV anak dari Ibu HIV Berdasarkan Jumlah Laporan SIHA:

$$\text{ARV anak} = \text{Jumlah anak HIV} + (10\% \text{ buffer}) - \text{stock (cadangan)}$$

5.3. Bahan Medis Habis Pakai

Perhitungan kebutuhan BMHP dalam PPIA terintegrasi dengan pemeriksaan ANC terpadu Puskesmas, untuk skrining sebanyak jumlah sebanyak ibu hamil. Sedangkan untuk penanganan sesuai hasil skrining. BMHP antara lain : kapas, alkohol/alkohol swab, sarung tangan, lancet/spuit jarum no 18 G, Spuit 1 cc, 2,5 / 3 cc, spuit 5 / 10 cc, dll. Tanggung jawab pengadaan BMHP terdapat di fasilitas pelayanan kesehatan dengan dukungan Kabupaten/Kota jika diperlukan

5.4. Penyimpanan

Penyimpanan logistik termasuk dalam aspek tempa penyimpanan (Instalasi Farmasi/Gudang Farmasi), barang dan administrasinya. Dengan penyimpanan yang baik dan benar, maka mutu logistik terpelihara, menghindari penggunaan yang tidak bertanggungjawab, menjaga kelangsungan persediaan serta memudahkan pencarian dan pengawasan.

Penyimpanan logistik Hepatitis B berupa HBsAg dan HBIg harus memperhatikan syarat-syarat penyimpanan, yaitu :

a. Ruang penyimpanan:

Tersedia ruangan yang cukup untuk untuk penyimpanan rapid test HBsAg dan tidak terpapar langsung dengan sinar matahari

b. Suhu Ruang Penyimpanan

Tempat penyimpanan HBIg sama dengan penyimpanan vaksin yaitu di lemari pendingin dengan suhu yang terjaga berkisar $2^{\circ} - 8^{\circ}\text{C}$ dan juga harus memperhatikan sirkulasi udara serta tanggal kadaluarsa.

5.5. Distribusi

Hal yang harus diperhatikan dalam distribusi:

- Distribusi dilaksanakan berdasarkan permintaan secara berjenjang untuk memenuhi kebutuhan logistik di setiap tingkat pelaksana deteksi dini HIV, Sifilis dan Hepatitis B
- Distribusi logistik dengan dilengkapi dokumen Surat Bukti Barang Keluar (SBBK) dan Berita Acara Serah Terima (BAST)
- Proses distribusi rapid test HBsAg dan HBIg dari Pusat ke Provinsi – Kabupaten – Puskesmas/fasilitas pelayanan kesehatan harus memperhatikan sarana/transportasi pengiriman yang memenuhi syarat pengiriman bahan/alat kesehatan dan suhu yang telah ditentukan

BAB 6

PENCATATAN DAN PELAPORAN

Sesuai Undang-Undang Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang nomor 24 tahun 2013 tentang Administrasi Kependudukan dan Undang-Undang nomor 30 tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan, maka dalam melakukan pencatatan, wajib menggunakan nomor induk kependudukan atau nomor e-KTP; basis pencatatan ini untuk memastikan pelaporan yang valid, mampu telusur untuk menghilangkan risiko Fraud pelaksanaan program.. Pencatatan dan pelaporan dalam Triple Eliminasi HIV, Sifilis dan Hepatitis B dilaksanakan secara berjenjang dari jenjang strata pelayanan ke jenjang manajemen administratif di atasnya.

Hasil layanan PPIA HIV, Sifilis dan Hepatitis B pada ibu hamil di unit pelayanan kesehatan dicatat pada Kartu Ibu dan Kohort Ibu, dan pelaporan menggunakan formulir Registrasi ibu hamil yang melakukan deteksi dini HIV, Sifilis dan Hepatitis B.

6.1 PENCATATAN

a. Pencatatan di tingkat Puskesmas:

- Hasil pelayanan antenatal terpadu termasuk HIV, Sifilis dan Hepatitis B di catat di kartu ibu dan Buku KIA
- Kohort Ibu diisi dengan memindahkan data dari kartu ibu
- Formulir registrasi ibu hamil yang melakukan deteksi dini HIV, Sifilis dan Hepatitis B diisi dengan memindahkan data hasil pelayanan dari kohort ibu. oleh pelaksana program P2 Puskesmas.

b. Pencatatan di tingkat Rumah Sakit

- Hasil pelayanan antenatal di catat rekam medis.
- Formulir registrasi ibu hamil yang melakukan deteksi dini HIV, Sifilis dan Hepatitis B diisi dengan memindahkan data hasil pelayanan oleh pemberi layanan di RS direkap oleh penanggung jawab data di RS

c. Pencatatan di fasilitas pelayanan kesehatan mandiri di sesuaikan dengan strata fasyankes tersebut (RS/Puskesmas)

Koordinasi dan saling keterbukaan antar pelaku penyelenggara pelayanan akan menghindarkan terjadinya pencatatan yang tidak valid berlebih atau kurang.

6.2 PELAPORAN

a. Pelaporan Tingkat Puskesmas

- Bidan/petugas KIA di Polindes/Poskesdes, Pustu/Kelurahan dan bidan praktek mandiri/klinik swasta akan melaporkan hasil pelayanan PPIA ke bidan koordinator Puskesmas. Bidan koordinator Puskesmas akan merekapitulasikan dan berbagi data dengan petugas P2 Puskesmas. Petugas P2 Puskesmas akan melaporkan ke dinas kesehatan Kabupaten/Kota
- Pengelola program P2 yang ditunjuk akan merekapitulasi data layanan PPIA yang berasal dari kohort ibu → menggunakan **Formulir Registrasi Ibu Hamil yang Melakukan Deteksi Dini HIV, Sifilis dan Hepatitis B.**

b. Pelaporan tingkat Kabupaten/Kota:

- Pengelola program P2 yang ditunjuk akan merekapitulasi data layanan HIV, Sifilis dan Hepatitis B pada ibu hamil dari fasyankes di seluruh wilayah Kabupaten/Kota dan melakukan input data kedalam format pelaporan yang sudah tersedia/aplikasi **Formulir Registrasi Ibu Hamil Yang Melakukan Deteksi Dini HIV, Sifilis Dan Hepatitis B** dan membagi data dengan pengelola KIA.

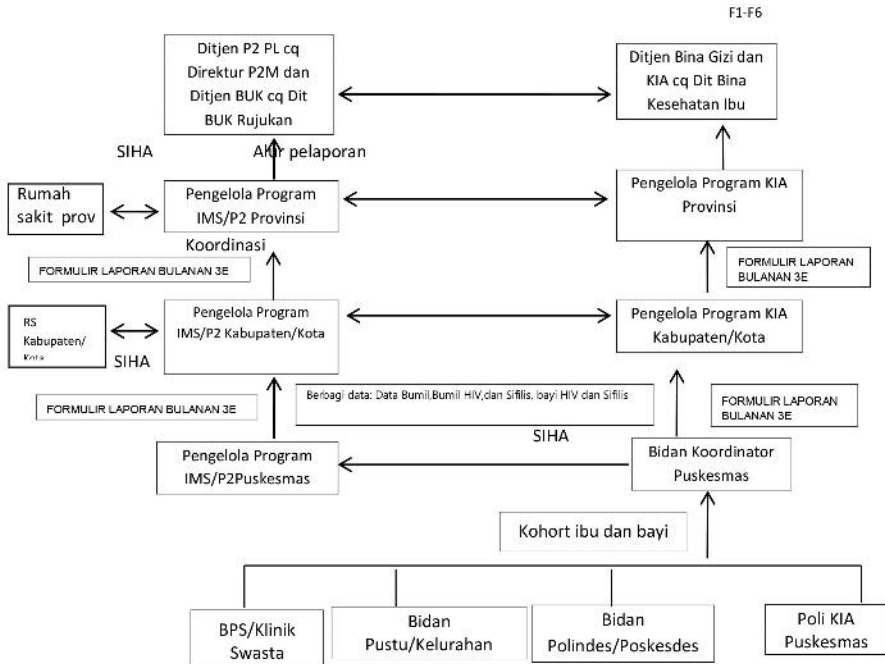
c. Pelaporan tingkat Provinsi:

- Pengelola program P2 yang ditunjuk akan merekapitulasi laporan data layanan HIV dan Sifilis pada ibu hamil dari seluruh wilayah Kabupaten/Kota dan melakukan input data kedalam format pelaporan yang sudah tersedia/aplikasi **Formulir Registrasi Ibu Hamil Yang Melakukan Deteksi Dini HIV, Sifilis Dan Hepatitis B** dan membagi data dengan pengelola KIA.

Pelaporan hasil pelayanan PPIA (HIV, Sifilis dan Hepatitis B) dilakukan setiap bulan, dengan ketentuan:

- Dari Puskesmas ke Kabupaten/Kota paling lambat tanggal 5.
- Dari Kabupaten/Kota ke Provinsi paling lambat tanggal 10.
- Dari Provinsi ke Pusat paling lambat tanggal 15.

Bagan 12. Alur Pelaporan



6.3 MONITORING DAN EVALUASI

Monitoring dan evaluasi dapat dilakukan dengan memanfaatkan hasil laporan Bulanan Rekapitulasi Hasil Deteksi Dini HIV, Sifilis dan Hepatitis B Pada Ibu Hamil . Untuk menilai kualitas dan kinerja dapat melihat hasil capaian target dan kesenjangan yang ada, menggunakan analisa “GAP”, guna merencanakan pelayanan berikutnya yang lebih baik lagi. Dalam pelaksanaan analisa dapat di mulai dari “GAP” yang ada dimulai pada pelayanan ibu hamil sampai pelayanan bayi – anak. Kemudian dicari penyebabnya dari analisa Input, Proses dan Output (IPO). Kemudian dibuat kebijakan dan strategi serta upaya yang harus dilakukan guna perbaikan lebih lanjut.

Sebagai Contoh

Jml sasaran Bumil K1 (est. Bumil)	Jml Bumil Dites HIV	Jml Bumil HIV +	% bumil dites (dr est. bumil)	Bumil masuk perawatan	Bumil Baru Mulai Art	Bumil Melahirkan	Bayi Lahir	Bayi Profilaksis ARV	Bayi dites (EID)	Bayi Profilaksis Kotri	Bayi HIV +
50.000	1260	4 (0,3%)	2,52%	1	1	47500	4.500	1	1	1	2

↑

Perlu meningkatkan cakupan Bumil dites HIV dan bumil HIV sampai/masuk di Layanan PDP

↑

Perlu meningkatkan Bumil HIV mendapat terapi ARV dan terpantau sampai melahirkan & post partum

↑

Perlu memastikan bayi yg lahir dari ibu HIV mendapat ARV profilaksis dan EID <2 bln dan tatalaksana lanjutan

Berdasarkan contoh data diatas: Disimpulkan bahwa baru 2,5% (1260) ibu hamil dari sasaran ibu hamil 50.000 yang dites hal ini menggambarkan akses pelayanan PPIA-nya masih kurang, sedangkan ibu hamil yang reaktif 0.3% (4 orang bumil), menggambarkan epidemiologi terkonsentrasi atau *low epidemic*, masih memerlukan data prevalensi di populasi kunci, karena ibu hamil sebagai perwakilan dari populasi umum dan bila prevalensi pada populasi kunci diatas 5% maka daerah tersebut dinilai sebagai *epidemic* terkonsentrasi dan apabila prevalensi kuncinya dibawah 5%, maka daerah tersebut dikatakan *low epidemic*. Keadaan ini secara umum menunjukan masih perlunya peningkatan cakupan akses pelayanan ibu hamil untuk di tes HIV. Sedangkan bayi baru lahir yang dites reaktif 1 orang menggambarkan program PPIA belum berjalan dengan baik. Perlu ditegakan lagi standar operasi prosedur nya (SOP). Bila pengobatan pada ibu hamil dengan HIV dapat dilakukan sesuai standar (termasuk kepatuhan meminum obat), maka dapat dipastikan tidak akan ditemukan bayi yang terinfeksi dari ibu hamil dengan HIV, hal ini merujuk pada *evidence base* data dari *literature* yang ada. Demikian juga pelayanan yang kontinum belum tampak dalam contoh diatas, tampak dari data bayi yang mendapatkan pengobatan profilaksis hanya satu orang bayi (sesuai hasil pemeriksaan seharusnya ada 4orang bayi yang lahir dari ibu ODHA). Masih ditemukan 2 orang bayi positif/reaktif hal ini menunjukan program PPIA nya masih belum berjalan dengan baik. Untuk hal ini perlu adanya kebijakan dan startegi sampai pada tataran upaya kegiatan pelayanan peningkatan akses dan mutu secara berkesinambungan (*continuum of care*). Maka kegiatan yang diperlukan harus menyesuaikan dengan data terkini yang masuk dan terdeteksi dalam kegiatan Monitoring Evaluasi (Monev). Monev diperlukan untuk melihat kinerja agar dapat mencapai target 100% ibu hamil di tes, 100% yang reaktif diobati dan 100% bayi mendapatkan pemeriksaan dan pengobatan sesuai standar yang telah ditentukan.

Indikator kaskade triple eliminasi Penularan HIV dari Ibu ke anak yang harus dilaporkan adalah sebagai berikut:

1. Cakupan Tes HIV pada Ibu Hamil ANC

Adalah jumlah ibu hamil yang dites HIV di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi dengan jumlah ibu hamil yang datang ANC di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama kali 100%

2. Proporsi positif ibu hamil

Adalah jumlah ibu hamil yang dites dan hasilnya reaktif HIV di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah ibu hamil yang tes HIV di wilayah kerja pada kurun waktu yang sama kali 100%

3. Proporsi ibu hamil yang mengetahui status HIV

Adalah jumlah ibu hamil yang mengetahui hasil status HIV baik yang datang dan dites pada saat ANC maupun ODHA hamil yang datang ANC di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah ibu hamil pada wilayah kerja dan kurun waktu yang sama (sasaran bumil) dikali 100%.

4. Proporsi ibu hamil yang masuk perawatan PDP

Adalah jumlah ibu hamil HIV yang masuk perawatan PDP di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi dengan jumlah semua ibu HIV pada wilayah kerja dan kurun waktu yang sama dikali 100%

5. Proporsi ibu hamil HIV yang mendapat / memulai ARV

Adalah Jumlah ibu hamil HIV yang mendapat ARV di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi dengan jumlah ibu hamil HIV baru yang masuk perawatan pada wilayah kerja dan kurun waktu yang sama dikali 100%

6. Proporsi bayi lahir dari ibu HIV

Adalah jumlah bayi lahir dari ibu HIV di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah semua bayi lahir pada wilayah kerja dan kurun waktu yang sama dikali 100%

7. Proporsi bayi lahir dari ibu HIV mendapat ARV profilaksis

Adalah Jumlah bayi lahir dari ibu HIV yang mendapatkan ARV profilaksis (dlm 24 jam) di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah semua bayi lahir dari ibu HIV pada wilayah kerja dan kurun waktu yang sama dikali 100%.

8. Proporsi bayi lahir dari ibu HIV diperiksa EID < 2 bulan

Adalah jumlah bayi lahir dari ibu HIV diperiksa EID <2 bulan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah bayi lahir dari ibu HIV pada wilayah kerja dan kurun waktu yang sama dikali 100%

9. Proporsi bayi lahir dari ibu HIV yang konfirmasi HIV positif pada usia 12 bulan

Adalah jumlah bayi lahir dari ibu HIV diperiksa HIV dan konfirmasi HIV positif pada usia 12 bulan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah bayi lahir dari ibu HIV pada wilayah kerja dan kurun waktu yang sama dikali 100%

10. Proporsi anak balita yang dideteksi HIV (serologis)

Adalah jumlah bayi usia ≥ 9 bulan atau anak balita dideteksi (dites) HIV serologis di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah balita yang berkunjung ke Pelayanan KIA pada wilayah kerja dan kurun waktu yang sama dikali 100%

11. Proporsi anak balita HIV masuk perawatan PDP

Adalah jumlah bayi usia ≥ 9 bulan atau anak balita HIV (serologis) yang masuk perawatan PDP di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah balita pada wilayah kerja dan kurun waktu yang sama dikali 100%

12. Proporsi balita HIV yang mendapat pengobatan ARV

Adalah jumlah bayi ≥ 9 bulan atau anak balita yang HIV positif yang mendapat pengobatan ARV di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah balita HIV positif pada wilayah kerja dan kurun waktu yang sama dikali 100%

Indikator Kaskade triple eliminasi Penularan Sifilis dari Ibu ke Anak yang harus dilaporkan adalah sebagai berikut:

1. Cakupan Tes Sifilis pada Ibu Hamil ANC :

Adalah jumlah ibu hamil yang dites Sifilis di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi dengan jumlah ibu hamil yang datang ANC di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama kali 100%.

2. Proporsi ibu hamil yang Sifilis

Adalah jumlah ibu hamil yang Sifilis di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah ibu hamil yang diperiksa Sifilis pada wilayah kerja dan kurun waktu yang sama (sasaran bumil) dikali 100%.

3. Proporsi bayi lahir dari ibu Sifilis dirujuk untuk ditangani lebih lanjut

Adalah jumlah bayi lahir dari ibu Sifilis yang dirujuk (untuk diagnosis/tes dan pengobatan penisilin prokain profilaksis) di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah ibu yang Sifilis melahirkan pada wilayah kerja dan kurun waktu yang sama dikali 100%.

4. Proporsi ibu hamil dengan Sifilis yang diobati adekuat

Adalah jumlah ibu hamil dengan Sifilis yang diobati dengan Benzatin Penisilin di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi dengan jumlah ibu hamil dengan Sifilis pada wilayah kerja dan kurun waktu yang sama dikali 100%.

5. Proporsi bayi lahir dari ibu Sifilis dengan Sifilis penularan

Adalah jumlah bayi lahir dari ibu Sifilis yang didiagnosis Sifilis penularan usia < 2 tahun di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah ibu Sifilis pada wilayah kerja dan kurun waktu yang sama dikali 100%.

Indikator Kaskade triple eliminasi Penularan Hepatitis B dari Ibu ke Anak yang harus dilaporkan adalah sebagai berikut:

1. Cakupan Ibu hamil yang dideteksi dini Hepatitis B

Adalah jumlah ibu hamil yang dites Hepatitis B di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama kali 100%.

2. Proporsi ibu hamil Hepatitis B positif

Adalah jumlah ibu hamil yang dites dan hasil positif di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah ibu hamil yang diperiksa Hepatitis B pada wilayah kerja dan kurun waktu yang sama (sasaran bumil) dikali 100%.

3. Proporsi ibu hamil Hepatitis B positif mendapat tatalaksana (dirujuk)

Adalah jumlah ibu hamil Hepatitis B positif yang dirujuk di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah ibu hamil Hepatitis B positif pada wilayah kerja dan kurun waktu yang sama dikali 100%.

4. Proporsi bayi lahir dari ibu Hepatitis B

Adalah jumlah bayi lahir dari ibu Hepatitis B di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah bayi lahir pada wilayah kerja dan kurun waktu yang sama dikali 100%.

5. Proporsi bayi baru lahir dari ibu Hepatitis B yang mendapat HB0 dan HB1g kurang dari 24 jam

Adalah jumlah bayi lahir dari ibu Hepatitis B yang mendapat HB0 dan HB1g < 24 jam di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi **jumlah bayi lahir dari ibu Hepatitis B** pada wilayah kerja dan kurun waktu yang sama dikali 100%.

6. Proporsi bayi usia 9-12 bulan dari ibu Hepatitis B yang diperiksa Hepatitis B virologis atau serologis

Adalah jumlah bayi usia 9 – 12 bulan dari ibu Hepatitis B yang diperiksa Hepatitis B (virologis dan /atau serologis) di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah bayi lahir dari ibu Hepatitis B pada wilayah kerja dan kurun waktu yang sama dikali 100%.

7. Proporsi bayi terinfeksi Hepatitis B

Adalah jumlah bayi usia 9 – 12 bulan terinfeksi Hepatitis B di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah bayi usia 9 – 12 bulan lahir dari ibu terinfeksi Hepatitis B yang diperiksa pada wilayah kerja dan kurun waktu yang sama dikali 100%.

Daftar Pustaka

1. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3273);
2. Undang-Undang Nomor 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 109, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4235) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2016 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 99, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5882);
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 Tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5357);
7. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5542);
8. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 169, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5559);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 17 Tahun 2017 Tentang Sinkronisasi Proses Perencanaan dan Penganggaran Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6056);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 Tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
12. Peraturan Presiden RI Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193) beserta lampirannya;

13. Peraturan Presiden RI Nomor 76 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Paten oleh Pemerintah terhadap Obat AntiViral dan AntiRetroViral (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 173) beserta lampirannya;
14. Peraturan Presiden RI Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
15. Peraturan Presiden RI Nomor 124 Tahun 2016 tentang Perubahan Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 1);
16. Peraturan Presiden RI Nomor 59 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 138);
17. Peraturan Presiden RI Nomor 16 Tahun 2018 tentang Pengadaan Barang / Jasa Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 33);
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1190/Menkes/SK/X/2004 tentang Pemberian Gratis Obat Anti Tuberkulosis (OAT) dan Obat Anti Retro Viral (ARV) untuk HIV/AIDS;
19. Keputusan Menteri Kesehatan RI. No. 296/Menkes/SK/III/2004. Pedoman Pengobatan Dasar di Puskesmas. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2004.
20. Keputusan Menteri Kesehatan RI. No. 241/Menkes/SK/IV/2006. Standar pelayanan laboratorium kesehatan pemeriksaan HIV dan infeksi oportunistik.
21. Keputusan Menteri Kesehatan RI. No. 369/Menkes/SK/III/2007. Standar Profesi Bidan. Jakarta.
22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis;
23. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
24. Departemen Kesehatan Republik Indonesia-WHO. Pedoman eliminasi Sifilis Kongenital melalui skrining pada ibu hamil.
25. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 658/Menkes/Per/VIII/2009 tentang Jejaring Laboratorium Diagnosis Penyakit Infeksi New-Emerging dan Re-Emerging, beserta lampirannya;
26. Peraturan Menteri Kesehatan RI. No. 1464/Menkes/Per/X/2010. Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.
27. Peraturan Menteri Kesehatan RI. No. HK.02.02/Menkes/148/I/2010. Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat.
28. Peraturan Menteri Kesehatan RI. No. 411/Menkes/Per/III/2010. Laboratorium Klinik.
29. Peraturan Menteri Kesehatan RI. No. 1438/Menkes/Per/X/2010. Standar Pelayanan Kedokteran.
30. Peraturan Menteri Kesehatan RI. No. 2052/Menkes/Per/X/2011. Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran.
31. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1171/Menkes/Per/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 378) beserta lampirannya
32. Peraturan Menteri Kesehatan RI. No. 01 tahun 2012. Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan. (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 122);
33. Peraturan Menteri Kesehatan RI. No. 36 tahun 2012. Rahasia Kedokteran.
34. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Laboratorium Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 1118) beserta lampirannya;

35. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 654);
36. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2013 tentang Pedoman Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 978) beserta lampirannya;
37. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 70 tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Manajemen Terpadu Balita Sakit Berbasis Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1437) beserta lampirannya;
38. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1755) beserta lampirannya;
39. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 87 Tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan Antiretroviral (Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 72) beserta lampirannya;
40. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 92 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Komunikasi Data Dalam Sistem Informasi Kesehatan Terintegrasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1954) beserta lampirannya;
41. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 135) beserta lampirannya;
42. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 tahun 2015 tentang Pelayanan Laboratorium Pemeriksa HIV dan Infeksi Oportunistik (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 436) beserta lampirannya;
43. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2015 tentang Persyaratan, Ruang Lingkup Dan Tata Cara Pemberian Hak Akses Serta Pemanfaatan Nomor Induk Kependudukan, Data Kependudukan dan Kartu Tanda Penduduk Elektronik (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor) beserta lampirannya;
44. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case-Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor) beserta lampirannya;
45. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 559) beserta lampirannya;
46. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 954) beserta lampirannya;
47. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2017 tentang Eliminasi Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 1614) beserta lampirannya.
48. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 416) beserta lampirannya;
49. Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, Dan Transmigrasi Nomor 19 Tahun 2017 Tentang Penetapan Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun 2018 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 1359) beserta lampirannya;

50. Peraturan Menteri Sosial Nomor 6 Tahun 2018 tentang Standar Nasional Rehabilitasi Sosial Orang dengan HIV AIDS (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 781) beserta lampirannya;
51. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 416) beserta lampirannya;
52. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1190/Menkes/SK/X/2004 Tentang Pemberian Gratis Obat Anti Tuberkulosis (OAT) dan Obat Anti Retro Viral (ARV) untuk HIV/AIDS
53. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor Hk.02.02/Menkes/52/2015 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 beserta lampirannya;
54. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor Hk.02.02/Menkes/ 117/2015 Tentang Data Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan beserta lampirannya;
55. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor Hk.02.02/Menkes/514/2015 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama beserta lampirannya;
56. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor Hk.02.02/Menkes/241/2016 Tentang Data Pusat Kesehatan Masyarakat Per Akhir Desember Tahun 2015 beserta lampirannya;
57. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor Hk.01.07/Menkes/479/2017 Tentang Komite Koordinasi Penanggulangan Aids, Tuberkulosis, Dan Malaria Di Indonesia beserta lampirannya;
58. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor Hk.01.07/Menkes/234/2018 Tentang Daftar Alat Kesehatan, Alat Kesehatan Diagnostik In Vitro dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga Impor Yang Pengawasannya Dilakukan Dalam Kawasan Pabean (Border) Dan Di Luar Kawasan Pabean (Post Border) beserta lampirannya;
59. Kementerian Kesehatan RI, Surat Edaran Menteri Kesehatan No. GK/Menkes/001/II/ 2013. Layanan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak, Jakarta: Direktorat Bina Gizi dan KIA. Kementerian Kesehatan, 2 Januari 2013
60. Kementerian Kesehatan RI, Surat Edaran Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2013. Tentang Pelaksanaan Pengendalian HIV - AIDS dan Infeksi Menular Seksual (IMS) Jakarta: Direktorat Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Langsung,, Kementerian Kesehatan, 13 Maret 2013
61. Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Surat Edaran Dirjen P2P Kementerian Kesehatan No. HK.02.02/II/1564/2018 tentang Penatalaksanaan Orang dengan HIV AIDS (ODHA) untuk Eliminasi HIV AIDS Tahun 2030, Jakarta: Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular langsung, Kementerian Kesehatan, 10 Juli 2018 beserta lampirannya.
62. Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, Surat Edaran Dirjen Yankes Kementerian Kesehatan No. HK.03.03/III/0992/2014 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Orang dengan HIV AIDS di Rumah Sakit, Jakarta: Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan, Kementerian Kesehatan, 14 Mei 2014 beserta lampirannya.
63. Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Surat Direktur PPML Nomor BN.01.01/III.2/2482/2013 Perihal Surat Pemberitahuan Proses Aktivasi Layanan ARV, Direktorat PPML, Jakarta: Kementerian Kesehatan, 27 Desember 2013

64. Kementerian Kesehatan RI-Ikatan Dokter Anak Indonesia-WHO. Buku saku. Pelayanan kesehatan anak di rumah sakit. Pedoman bagi rumah sakit rujukan tingkat pertama di Kabupaten/Kota. Jakarta: WHO, Indonesia, 2008.
65. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Manajemen Program HIV dan AIDS. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2010
66. Kementerian Kesehatan RI. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial. Pedoman teknis pelayanan kesehatan dasar. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2010.
67. Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Bina Kesehatan Masyarakat. Pedoman pelayanan antenatal terpadu. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2010.
68. Kementerian Kesehatan RI. Modul pelatihan kelas dokter. Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2011.
69. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2011
70. Kementerian Kesehatan RI. Tes HIV dan konseling atas inisiasi petugas kesehatan. Pelatihan bagi petugas kesehatan. Pedoman penerapan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2011.
71. Dewan Pertimbangan Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia. Panduan etika dan profesi obstetri dan ginekologi di Indonesia. Jakarta: Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia, 2011.
72. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman penerapan layanan komprehensif HIV-IMS berkesinambungan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2012.
73. Kementerian Kesehatan RI. Petunjuk teknis pengisian form manual pencatatan program pengendalian HIV/AIDS dan IMS. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2012
74. Kementerian Kesehatan RI, Badan Litbangkes. Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2013.
75. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Tata Laksana Sifilis untuk Pengendalian Sifilis di Puskesmas. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2013.
76. American Academy of Pediatrics. Red Book 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases. 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. 2015
77. Barnett ED. Give first dose of hepB vaccine within 24 hours of birth: AAP [article from internet]. August 28, 2017 [cited on December 10, 2017 at 15.36]. Available from <http://www.aappublications.org/news/2017/08/28/HepB082817>
78. Beasley R, Shiao I, Stevens C, Meng H. Evidence against breast-feeding as a mechanism for vertical transmission of Hepatitis B. *Lancet* 1975;308(7938):740-741
79. Bzowej N. Hepatitis B therapy in pregnancy. *Current Hepatitis Reports* 2010;9(4):197-204 Anonymous. Antiretroviral Pregnancy Registry. <<http://www.apregistry.com>>
80. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of chronic Hepatitis B virus infection. *J Hepatol* (2012), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2012.02.010>
81. Han G, Cao M, Zhao W, Jiang H, Wang C, Bai C. A prospective and open-label study for the efficacy and safety of telbivudine in pregnancy for the prevention of perinatal transmission of Hepatitis B virus infection. *J Hepatol* 2011;55(6):1215-1221
82. Khan M, Dong JJ, Acharya SK, Dhagwahdorj Y, Abbas Z, Jafri SMW, Mulyono DH, Tozun N, Sarin SK. Hepatology issues in Asia: perspectives from regional leaders. *J Gastroenterol Hepatol* 2004; 19:S419-S430.
83. Komatsu H, Inui A, Fujisawa T. Pediatric Hepatitis B treatment. *Ann Transl Med.* 2017;5(3):37
84. Mulyanto, Surayah K, Depamede SN, Lestarinia IA, Budianto W, Hafliudin, Umi K, Tsuda F, Takahashi M, Okamoto H. Hepatitis B virus infection in Eastern part of Indonesia. Abstract book of the second China-Indonesia joint international symposium on hepatobiliary medicine and surgery, Chongqing, China 2008.

85. Mulyanto, Sulaiman, Depamede N, Surayah K, Tsuda F, Ichiyama K, et al. A nationwide molecular epidemiological study on Hepatitis B virus in Indonesia: identification of two novel subgenotypes, B8 and C7. *Arch Virol* 2009, DOI 10.1007/s00705-009-0406-9.
86. Tsai WL, Chung RT. Viral hepatocarcinogenesis (Review). *Oncogene* 2010; 29: 2309-2324
87. WHO-Unicef. Infant and young child feeding counselling: an integrated course. Geneva: WHO, 2006.
88. WHO. The Global Elimination of congenital syphilis Rationale and Strategy For Action. Geneva: WHO, 2007
89. WHO. Guidelines on HIV and infant feeding 2010. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Geneva: WHO, 2010
90. WHO Regional Office for South-east Asia. Management of sexually transmitted infections. Regional guidelines. New Delhi: WHO SEARO, 2011.
91. WHO. Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: towards universal access. Recommendation for a public heSGPTh approach, 2010 revision. Geneva: WHO, 2010.
92. WHO. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Recommendation for a public heSGPTh approach, 2010 revision. Geneva: WHO, 2010.
93. Wirth S, Zhang H, Hardikar W, Schwarz KB, Sokai EM, Yang W et al. Pegylated interferon alfa-2a (40KD) is efficacious and safe in treatment of HBeAg-positive children with chronic Hepatitis B: PegB-active study. AASLD Plenary and parallel sessions (abstract). 2016
94. Xu M, Cui Y, Wang L, Yang Z, Liang X, Li S, et al. Lamivudine in late pregnancy to prevent perinatal transmission of Hepatitis B virus infection: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Vir Hepatol* 2008;16(2):94-103