

Manajemen Farmakoterapi dan Terapi Non-Farmakologis Kehamilan dengan Suspect B20 di Kabupaten Ciamis: Studi Kasus Intervensi Interval Trimester Ketiga

Aulia Ridla Fauzi¹, Rosidah Solihah¹, Sandriani¹, Sri Wulan Ratna Dewi¹, Resna Litasari¹, Sri Utami Asmarani¹, Metty Nurherliany¹, Rian Ismail¹

¹Program Studi D3 Kebidanan, STIKes Muhammadiyah Ciamis, Ciamis, Indonesia

²Program Studi D3 Farmasi, STIKes Muhammadiyah Ciamis, Ciamis, Indonesia

Korespondensi: Aulia Ridla Fauzi

Email: ar.fauzi@stikesmucis.ac.id

Alamat: Jalan K. H Ahmad Dahlan No. 20, Ciamis, Jawa Barat, Indonesia.

Nomor Hp: 08111022311



Pharmacy Genius Journal is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

ABSTRAK

Pendahuluan: Penemuan kasus ibu hamil dengan *suspect* B20 (HIV+) pada trimester ketiga menciptakan kondisi kritis kejar waktu (*race against time*) untuk menurunkan beban virus sebelum persalinan. Apoteker dan tim medis di fasilitas pelayanan kefarmasian memegang peran vital dalam mengoptimalkan regimen obat.

Tujuan: Menganalisis manajemen terapi farmakologis berbasis penekanan virus secara akseleratif serta strategi non-farmakologis untuk mendukung kepatuhan dan status nutrisi pada dua ibu hamil *suspect* B20 trimester ketiga di Kabupaten Ciamis.

Metode: Penelitian deskriptif kualitatif berbasis analisis data sekunder rekam medis dua pasien ibu hamil di faskes Kabupaten Ciamis.

Hasil: Pasien 1 (P1: G4P1A2, 33 minggu) memiliki riwayat dua kali *abortus*, sedangkan Pasien 2 (P2: G1P0A0, 28 minggu) adalah primigravida. Terapi farmakologis yang direkomendasikan adalah inisiasi segera regimen *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART) berbasis Dolutegravir (TLD) karena kinetika supresi virusnya yang cepat. Terapi non-farmakologis difokuskan pada pemantauan kepatuhan minum obat menggunakan metode *Pill Count*, edukasi nutrisi makronutrien, serta konseling psikososial terstruktur untuk mereduksi stigma.

Kesimpulan: Keberhasilan pemutusan transmisi vertikal pada deteksi lambat trimester ketiga sangat bergantung pada agresivitas pemilihan lini obat antiretroviral (farmakologis) yang diimbangi dengan monitoring kepatuhan dan konseling intensif (non-farmakologis) oleh tenaga kefarmasian di Kabupaten Ciamis.

Kata Kunci: Antiretroviral, Farmakoterapi, Kepatuhan, HIV, Kehamilan.

Pendahuluan

Tata laksana infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) pada ibu hamil, atau dikenal secara klinis sebagai kasus *suspect* B20, berfokus utama pada program Pencegahan Penularan Ibu ke Anak (PPIA). Berdasarkan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) Tata Laksana HIV, eliminasi penularan vertikal ditargetkan mencapai angka transmisi <2% (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Keberhasilan target ini ditentukan secara mutlak oleh ketepatan waktu inisiasi dan optimalisasi regimen *Antiretroviral* (ARV).

Secara farmakologis, kehamilan memicu berbagai perubahan fisiologis yang memengaruhi parameter farmakokinetika obat. Peningkatan volume distribusi, kenaikan laju filtrasi glomerulus, serta induksi enzim sitokrom P450 (khususnya CYP3A4) selama trimester kedua dan ketiga dapat menurunkan konsentrasi tunak (*steady-state concentration*) beberapa jenis ARV dalam plasma (Weng et al., 2023). Tantangan ini berkali-kali lipat lebih berat apabila kasus baru terdeteksi pada trimester ketiga kehamilan. Penurunan muatan virus (*viral load*) hingga mencapai level tidak terdeteksi (*undetectable* <50 kopi/mL) harus dikejar dalam jendela waktu yang sangat sempit sebelum persalinan dimulai (WHO, 2021).

Di Kabupaten Ciamis, intervensi kefarmasian terhadap ibu hamil dengan HIV menghadapi kendala klasik berupa *late initiation* (deteksi lambat). Apoteker di komunitas maupun di rumah sakit dituntut tidak hanya menguasai pemilihan regimen obat yang memiliki kinetika supresi virus tercepat, namun juga wajib merancang intervensi non-farmakologis. Pendekatan non-farmakologis seperti edukasi gizi pendukung imunitas, manajemen efek samping minor obat, dan konseling psikososial merupakan pilar penting penentu kepatuhan (*adherence*) pasien (Dinas Kesehatan Kabupaten Ciamis, 2024). Kegagalan kepatuhan pada fase kritis ini berisiko tinggi memicu resistensi obat dan kegagalan virologis yang mengancam keselamatan janin.

Tujuan

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis dan merumuskan rancangan intervensi farmakologis (pemilihan regimen ARV dan profilaksis bayi) serta intervensi non-farmakologis (konseling kepatuhan, dukungan nutrisi, dan psikososial) pada dua kasus ibu hamil *suspect* B20 trimester ketiga di Kabupaten Ciamis melalui analisis data sekunder.

Metode

Penelitian ini dirancang menggunakan metode studi kasus deskriptif melalui telaah data sekunder. Data diambil dari rekam medis dan catatan pemberian obat pasien pada fasilitas kesehatan di Kabupaten Ciamis periode Januari–April 2026. Subjek kajian adalah dua ibu hamil dengan hasil skrining triple eliminasi reaktif HIV pada trimester ketiga. Fokus analisis diarahkan pada profil obstetri pasien, pemantauan klinis, sisa waktu intervensi, serta perumusan rencana terapi integratif (farmakologis dan non-farmakologis) yang relevan dengan kompetensi pelayanan kefarmasian klinik. Identitas pasien dianonimkan (P1 dan P2) demi menjaga kerahasiaan data medis.

Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan data sekunder yang dihimpun, profil kondisi klinis kedua pasien ibu hamil *suspect* B20 di Kabupaten Ciamis tersaji dalam Tabel berikut.

Parameter Klinis	P1	P2
Status Obstetri	G4P1A2	G1P0A0
Usia Kehamilan	33 Minggu (Trimester 3)	28 Minggu (Trimester 3)
Riwayat Reproduksi	Abortus 2x	Primigravida
Sisa Waktu Terapi Pre-Persalinan	± 4–5 Minggu	± 9–11 Minggu
Target Virologis Utama	Supresi <i>Viral Load</i> Akseleratif	Supresi <i>Viral Load</i> Akseleratif

Tabel 1. Profil Klinis dan Karakteristik Sisa Waktu Terapi Pasien

1. Tata Laksana Terapi Farmakologis (Akselerasi & Profilaksis)

a. Pemilihan Regimen ARV Lini Pertama Kejar Waktu

Mengingat P1 hanya memiliki waktu $\pm 4\text{--}5$ minggu dan P2 memiliki waktu $\pm 9\text{--}11$ minggu sebelum melahirkan, pemilihan obat tidak boleh lagi menggunakan regimen konvensional berbasis Efavirenz (EFV). Regimen farmakoterapi pilihan utama yang harus diinisiasi adalah TLD (Tenofovir 300 mg, Lamivudine 300 mg, dan Dolutegravir 50 mg) dalam bentuk *Fixed-Dose Combination* (FDC) sekali sehari (Kementerian Kesehatan RI, 2017)

Dolutegravir merupakan golongan *Integrase Strand Transfer Inhibitor* (INSTI) yang memiliki keunggulan farmakodinamika berupa penurunan *viral load* secara eksponensial dan jauh lebih cepat (rata-rata 4 minggu untuk mencapai *undetectable*) dibandingkan golongan NNRTI seperti Efavirenz yang membutuhkan waktu 8–12 minggu (Smith et al., 2024). Pada P1 dengan riwayat *abortus* 2 kali, supresi cepat ini juga meminimalkan risiko inflamasi plasenta kronis yang dapat memicu persalinan prematur.

b. Antisipasi Interaksi dan Efek Samping Obat (ESO)

Apoteker harus memantau potensi efek samping TLD pada trimester ketiga, seperti gangguan saluran cerna (mual, diare) dan gangguan sistem saraf pusat (insomnia, sakit kepala). Lebih lanjut, karena ibu hamil trimester ketiga sering mendapatkan suplemen zat besi (Fe) dan kalsium untuk mencegah anemia dan preeklampsia, apoteker harus mengedukasi adanya interaksi obat. Kation polivalen (Fe dan Ca) dapat mengkelat Dolutegravir di saluran cerna, menurunkan bioavailabilitasnya secara drastis. Solusi farmakologisnya adalah menjeda waktu konsumsi: ARV TLD diberikan 2 jam sebelum atau 6 jam setelah meminum suplemen zat besi/kalsium (Munyaneza et al., 2025).

c. Terapi Farmakologis Pascapersalinan (Bayi)

Segera setelah bayi lahir (<6 jam), pencegahan dilanjutkan dengan pemberian terapi farmakologis profilaksis berupa Zidovudine sirup (4 mg/kgBB per 12 jam) selama 6 minggu (Kemenkes RI, 2020). Jika hasil evaluasi sisa waktu P1 menjelang persalinan menunjukkan *viral load* masih tinggi (>1.000 kopi/mL), maka regimen

profilaksis bayi harus ditingkatkan menjadi terapi kombinasi (Zidovudine ditambah Nevirapine sirup) untuk memberikan perlindungan ganda (Mofenson et al., 2026).

2. Tata Laksana Terapi Non-Farmakologis (Dukungan & Kepatuhan)

Terapi farmakologis yang superior sekalipun tidak akan membuahkan hasil tanpa disinergikan dengan intervensi non-farmakologis yang terstruktur:

a. Manajemen Kepatuhan Obat (*Medication Adherence Program*)

Untuk mencapai supresi virus dalam waktu kurang dari 5 minggu (kasus P1), tingkat kepatuhan minum obat pasien harus mencapai >95%. Apoteker di Ciamis dapat menerapkan metode non-farmakologis berupa edukasi penggunaan *Pill Box* (kotak obat harian), pengisian kartu kendali minum obat oleh keluarga yang bertindak sebagai Pengawas Minum Obat (PMO), serta evaluasi berkala via pesan teks/telepon. Setiap kunjungan ulang, apoteker melakukan metode *Pill Count* (menghitung sisa sediaan obat) untuk mendeteksi secara dini tanda-tanda ketidakpatuhan (Munyaneza et al., 2025).

b. Intervensi Edukasi Gizi dan Nutrisi Spesifik

Ibu hamil dengan *suspect* B20 mengalami kondisi hipermetabolisme akibat replikasi virus dan pertumbuhan janin. Terapi non-farmakologis melibatkan pengaturan diet tinggi kalori dan tinggi protein (TKTP) untuk mencegah sindrom wasting maternal dan BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah). Konsumsi mikronutrien alami dari makanan yang kaya antioksidan (vitamin A, C, E) sangat dianjurkan untuk membantu menekan stres oksidatif pada tingkat seluler akibat infeksi HIV kronis (Wedderburn et al., 2019) (Eke et al., 2023)

c. Konseling Psikososial Terstruktur

Stigma negatif seputar B20 di Kabupaten Ciamis menjadi beban mental berat yang memicu depresi maternal, yang pada gilirannya menurunkan motivasi untuk berobat. Terapi non-farmakologis dalam bentuk konseling empati, teknik relaksasi, serta pelibatan kelompok dukungan sebaya (*peer group support*) di faskes Ciamis sangat penting dilakukan untuk membangun penerimaan diri (*self-acceptance*) pasien (Dinas Kesehatan Kabupaten Ciamis, 2024).

Kesimpulan

Manajemen kejar waktu terhadap P1 dan P2 di Kabupaten Ciamis memerlukan integrasi pelayanan kefarmasian klinik yang komprehensif. Dari aspek farmakologis, percepatan inisiasi regimen ARV TLD yang berbasis Dolutegravir menjadi pilihan mutlak demi mencapai target supresi virus jangka pendek sebelum persalinan, disusul pemberian profilaksis Zidovudine pada bayi baru lahir. Keberhasilan terapi ini wajib ditopang oleh intervensi non-farmakologis melalui pemantauan kepatuhan minum obat yang ketat, pencegahan interaksi dengan suplemen kehamilan, optimalisasi nutrisi makro-mikronutrien maternal, serta manajemen psikososial yang adaptif.

Daftar Pustaka

1. Dinas Kesehatan Kabupaten Ciamis. (2024). *Laporan Capaian Program Triple Eliminasi Ibu Hamil Kabupaten Ciamis Tahun 2023*. Dinas Kesehatan Ciamis.
2. Eke, A. C., Mirochnick, M., & Lockman, S. (2023). Antiretroviral Therapy and Adverse Pregnancy Outcomes in People Living with HIV. *New England Journal of Medicine*, 388(4), 344–356. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2212877>. Antiretroviral

3. Kementerian Kesehatan RI. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2017 Tentang Eliminasi Penularan Human Deficiency Virus, Sifilis Dan Hepatitis B Dari Ibu Ke Anak. *Progress in Physical Geography*, 14(7), 450.
<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01514176>
4. Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana HIV. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/90/2019*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
5. Mofenson, L. M., Pinto, J., & Mushavi, A. (2026). Progress and Challenges in Elimination of Vertical HIV Transmission. *Journal of the International AIDS Society*, 29(S1), 2–5.
<https://doi.org/10.1002/jia2.70131>
6. Munyaneza, A., Kim, H. Y., Shi, Q., Brazier, E., Ross, J., Muhoza, B., Kanyabwisha, F., Kubwimana, G., Murenzi, G., Nash, D., Anastos, K., & Yotebieng, M. (2025). Factors Associated with Viral Load Suppression in Pregnant and Postpartum Women Living with HIV in Rwanda: An Open-Observational Cohort Study. *Frontiers in Public Health*, 13.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1544165>
7. Smith, C., Silveira, L., Crotteau, M., Garth, K., Canniff, J., Fettes, K. B., Lazarus, S., Capraro, S., & Weinberg, A. (2024). Modern Antiretroviral Regimens in Pregnant Women: Virologic Outcomes and Durability. *Aids*, 38(1), 21–29.
<https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000003616>
8. Wedderburn, C. J., Evans, C., Yeung, S., Gibb, D. M., Donald, K. A., & Prendergast, A. J. (2019). Growth and Neurodevelopment of HIV-Exposed Uninfected Children: a Conceptual Framework. *Current HIV/AIDS Reports*, 16(6), 501–513.
<https://doi.org/10.1007/s11904-019-00459-0>
9. Weng, J., Couture, C., & Girard, S. (2023). Innate and Adaptive Immune Systems in Physiological and Pathological Pregnancy. *Biology*, 12(3), 1–21.
<https://doi.org/10.3390/biology12030402>
10. WHO. (2021). Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Testing, Treatment, Service Delivery and Monitoring: Recommendations for a Public Health Approach. In *Geneva: WHO*.