

HATIP 82: Debat kebijakan pemberian makanan pada bayi di CROI

Oleh: Theo Smart, 13 Maret 2007

Salah satu topik yang paling sering dibicarakan dalam Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) ke-14 adalah bagaimana ibu yang terinfeksi HIV dapat memberi makan pada bayinya secara aman di rangkaian terbatas sumber daya.

Apakah program kesehatan masyarakat di rangkaian terbatas sumber daya harus mendorong ibu dengan HIV untuk menghindari menyusui bayinya, atau apakah hal ini akan berdampak lebih buruk dibandingkan baik? Apakah sebaiknya keputusan mengenai pemberian makanan pada bayi dibuat kasus demi kasus, atau pendekatan kesehatan masyarakat yang menyarankan secara tegas mengarah pada menyusui secara eksklusif – dan bertentangan dengan menyapih – akan mengurangi kebingungan dan mengarah pada hasil yang lebih baik? Dapatkah peningkatan angka kesakitan dan kematian serta penurunan ketahanan hidup bebas HIV sungguh-sungguh dikaitkan dengan menyapih secara tiba-tiba, dibandingkan dengan waktu penghentian yang lebih dini?

Walaupun strategi global WHO/UNICEF tentang pemberian makanan untuk bayi dan anak sudah diperbarui sebelum data baru tersebut dipresentasikan dalam konferensi, masih ada pertanyaan sehubungan dengan implikasi laporan terbaru tersebut secara menyeluruh, dan bagaimana program dapat diterapkan secara tepat di rangkaian terbatas sumber daya untuk memberi dukungan terbaik pada ibu dengan HIV. Beberapa ahli berpendapat bahwa pengambilan keputusan tentang pemberian makanan bayi perlu pendekatan secara individu pada masing-masing ibu, sementara para ahli lain berpendapat bahwa perempuan di rangkaian paling terbatas sumber daya sebaiknya tidak lagi disarankan untuk menghindari atau menyapih lebih dini.

Laporan kunci dan penelitian terkait

Baru-baru ini, hasil penemuan inti dari penelitian ini telah diuraikan dalam <http://www.aidsmap.com> Tetapi, ada sejumlah uji coba yang lebih kecil, model matematis dan subpenelitian dipresentasikan dalam konferensi yang dapat memberi gambaran yang lebih jelas.

Walaupun pedoman WHO menyarankan ibu yang terinfeksi HIV menghindari menyusui asal tersedia pilihan pengganti yang aman dan terjangkau (“AFASS” – *accessible, feasible, affordable, sustainable* dan *safe*), (lihat <http://www.aidsmap.com/en/news/1C6972FE-B40B-42BC-BC71-2BA36589535E.asp>), wabah diare dan peningkatan angka kematian yang baru-baru ini terjadi pada bayi yang diberi susu formula di Botswana menunjukkan betapa sulit, bahkan untuk negara berpenghasilan menengah, untuk memenuhi kriteria AFASS melalui program kesehatan masyarakat mereka. Tetapi, beberapa pembicara mencatat bahwa ada berbagai penelitian lain di Afrika yang melaporkan hasil yang sangat baik dengan pemberian susu formula, terutama penelitian Ditrime Plus di Pantai Gading (lihat <http://www.aidsmap.com/en/news/4B3A0A9D-2500-48E2-8A5E-4C490E212AED.asp>).

Lebih lanjut, musim hujan di Botswana sangat hebat tahun ini, dan dapat dikatakan sebagai kejadian luar biasa. Tetapi, Dr. Charles van der Horst, dari Universitas North Carolina Chapel Hill, AS, bersama peneliti utama dari penelitian BAN di Malawi, mengatakan bahwa angka kematian di rangkaian tersebut meningkat setelah setiap musim hujan. “Meskipun saya tidak mempunyai kalender, saya tahu kapan mulai musim hujan di Lilongwe karena secara tiba-tiba saya mulai menjumpai bayi meninggal dalam penelitian saya. Kematian bayi HIV-negatif. Dan itu terjadi karena sudah memasuki musim hujan. Bayi merangkak mencari makanan yang sudah tercemar dan perjangkitan,” dia mengatakan.

Penelitian lain yang dipresentasikan dalam konferensi dilakukan di rangkaian di mana pemberian susu formula pada bayi sejak lahir, karena satu dan lain alasan, dianggap tidak praktis dan bersifat tidak aman. Yang ditekankan dalam laporan ini adalah kapan atau bagaimana ibu harus menghentikan menyusui bayinya.

Penelitian *Zambia Exclusive Breastfeeding* (ZEBS) menyimpulkan bahwa menyapih dini secara mendadak (pada usia bayi empat bulan) tidak memperbaiki ketahanan hidup tanpa HIV di antara bayi

yang terpajan HIV – dan berbahaya untuk anak-anak yang sudah terinfeksi HIV (laporan terperinci: <http://www.aidsmap.com/en/news/4ACFB8CE-DF88-4385-9C18-33BBFD9FF24B.asp>).

Kesimpulan ini agak berbeda dengan apa yang selama ini diramalkan oleh model matematis, salah satunya yang dipresentasikan dalam sesi poster (Atashili). Model ini menghitung penularan HIV, mortalitas dan tingkat ketahanan hidup bebas HIV berdasarkan berbagai cara pemberian makanan bayi: pemberian susu formula secara eksklusif, pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif selama empat bulan dan pemberian ASI secara eksklusif selama enam bulan – berdasarkan pada kepatuhan yang sempurna dan tidak sempurna terhadap masing-masing cara pemberian makanan bayi.

Walaupun rumusnya didapat berdasarkan risiko kematian pada bulan ke-24 dalam penelitian yang pernah dilakukan di Kenya, Uganda dan Afrika Selatan, model ini mungkin meremehkan risiko kematian terkait dengan menghindari pemberian ASI di kebanyakan rangkaian. Dengan adanya temuan ZEBs dan berbagai laporan lain mengenai angka kematian bayi yang lebih tinggi pada bayi yang disapih sebelum usia enam bulan di daerah di mana HIV bukanlah masalah kesehatan masyarakat yang besar. Nyatanya, model tersebut menghitung secara garis besar jumlah kematian yang setara yang dapat terjadi untuk masing-masing cara pemberian makanan bayi.

Tetapi, model ini meramalkan bahwa menyapih di usia empat bulan seharusnya meningkatkan ketahanan hidup tanpa HIV di usia 24 bulan dibandingkan dengan pemberian ASI yang diperpanjang – dan jelas ini bukan apa yang terjadi dalam penelitian ZEBs. Tetapi ini tidak semata-mata karena ketahanan hidup sangat rendah pada kelompok yang disapih secara tiba-tiba, tetapi karena penyapihan lebih dini tidak mengurangi penularan HIV sebanyak yang diharapkan.

Sebetulnya, beberapa ahli berpendapat bahwa menyapih secara tiba-tiba, mungkin meningkatkan risiko penularan secara langsung.

“Karena menyusui akan terus terkait dengan HIV, memahami dinamika virus HIV dalam ASI, dan memahami faktor risiko penularan HIV ibu-ke-bayi (MTCT) adalah penting,” dikatakan Katherine Semrau dari Universitas Boston, AS, yang mempresentasikan analisis mengenai berbagai faktor terkait dengan menyusui dan MTCT pada 138 pasangan ibu-bayi dalam penelitian ZEBs.

Tiga puluh dua di antara 138 bayi yang pertama menjadi terinfeksi HIV (yang dinilai dengan PCR DNA HIV) selama masa penelitian. Berbagai faktor yang sudah dicatat dalam penelitian lain sebelumnya dikaitkan secara bermakna dengan risiko penularan yang lebih tinggi, misalnya tingkat hemoglobin yang rendah ($< 10\text{g/dL}$), jumlah CD4 yang lebih rendah dan viral load yang lebih tinggi dalam darah. Viral load HIV yang tetap di atas 50 dalam ASI juga sangat dikaitkan dengan risiko penularan (39% perempuan tetap mempunyai viral load yang terdeteksi dan risiko penularan MTCT secara bermakna yang lebih tinggi dibandingkan perempuan yang tidak mempunyai viral load yang terdeteksi secara terus-menerus atau yang bukan penyebar (OR = 4,3, 95% CI 2,04 hingga 9,44).

Payudara adalah tempat penyimpanan yang melindungi ASI, dan tingkat viral load di payudara tidak selalu berhubungan langsung dengan viral load dalam darah (walaupun viral load dalam darah yang lebih tinggi cenderung dikaitkan dengan virus yang terdeteksi dalam ASI). Kira-kira sepertiga perempuan dalam penelitian ini tidak mempunyai viral load yang terdeteksi dalam ASI yang menandakan bahwa epitelium dalam ASI mampu mencegah HIV masuk ke dalam ASI. Tidak satu pun perempuan yang mempunyai viral load yang tidak terdeteksi dalam ASI menularkan HIV.

Tetapi, hubungan antara tingkat viral load dalam ASI dan tingkat natrium (Na) dalam ASI juga diamati. Na adalah tanda kemampuan tembusnya epitelial dalam jaringan payudara, dan meskipun hal ini biasanya meningkat pada permulaan laktasi, ini akan menurun kemudian, biasanya sampai disapih. Tetapi di dalam penelitian ini, apabila Na tinggi ($\geq 13\text{ mM/L}$) pada usia empat bulan (pada 7% perempuan), ini dikaitkan dengan viral load yang lebih tinggi dalam ASI dan kemungkinan penularan yang lebih tinggi ($p = 0,005$).

Karena separuh perempuan ini secara acak menyapih secara tiba-tiba, peningkatan Na pada titik ini barangkali merupakan hasilnya. Apabila menyapih secara tiba-tiba mengurangi keutuhan selaput payudara, maka ini dapat meningkatkan viral load dan meningkatkan risiko penularan pada bayi yang belum sepenuhnya disapih secara bermakna.

Menurut pendapat peneliti lain di ZEBS, Dr. Donald Thea dari Universitas Boston, “Salah satu pengamatan kami, ketika kami melihat viral load dalam ASI dua minggu setelah menyapih, kami menemukan ada peningkatan virus satu log dalam ASI, menunjukkan bahwa benar-benar ada faktor terkait dengan cara menyapih yang harus kami teliti lebih lanjut.”

Empat penelitian lain, menunjukkan bahwa menyapih secara cepat lebih berisiko terhadap kejadian yang membahayakan jiwa bayi yang HIV-negatif dibandingkan yang ditemukan dalam riwayat kontrol di mana ibu menyapih bayinya secara normal. (Untuk laporan menyeluruh lihat: <http://www.aidsmap.com/en/news/5C963569-20A5-4077-94FF-AE4BE0911886.asp>).

Dalam salah satu penelitian yang dilakukan di Uganda, menyapih terjadi cukup dini (pada median rata-rata tiga bulan) – sering setelah ibu baru mengetahui bahwa bayinya HIV-negatif. (Namun bila dipandang dari sudut tingginya tingkat penularan pada saat-saat menyapih bayi dalam penelitian ZEBS, bayi ini barangkali harus dites ulang). Dr. Carolyne Onyango, yang mempresentasikan penemuan dari Uganda ini, mencatat bahwa para ibu disarankan untuk menyapih setelah mengetahui status bayinya – atau sering mencoba untuk mencari cara lain untuk mencegah penularan. Sebagai contoh, seorang perempuan mengatakan bahwa dia akan memberi bayinya teh hitam untuk mencoba menjaga agar bayinya tidak terinfeksi.

Akhirnya, ketiga penelitian ini menunjukkan peningkatan serupa dalam angka diare yang membahayakan jiwa bahkan pada bayi yang sudah disapih pada hampir atau di usia enam bulan – jangka waktu menyusui secara eksklusif sekarang disarankan pada ibu yang tidak mendapatkan pilihan lain. Sementara menekankan bahaya menyapih, tidak jelas apakah ada pilihan yang benar-benar lebih aman untuk jiwa sang bayi pada titik kehidupannya ini. Lebih lanjut, karena penelitian ini tidak diacak atau dikontrol, mustahil mengatakan apakah anak yang terpajan dengan pemberian makanan yang dikombinasikan akan lebih menghasilkan anak yang bebas HIV.

Lebih lagi, penelitian ini menekankan betapa pentingnya untuk menyediakan dukungan yang tepat untuk ibu HIV-positif. Para peneliti dari penelitian ini cenderung menekankan perlunya bekerja lebih lagi untuk meningkatkan kebersihan, dan akses ke air yang bersih dan aman. Menurut pendapat Dr. Michael Thigden dari Centers for Disease Control di AS: “Strategi konseling untuk membantu ibu mempersiapkan makanan yang aman pada saat menyapih di rangkaian terbatas sumber daya dibutuhkan secara mendesak.”

Sementara itu, Dr. van der Horst menekankan perlunya menyiapkan tambahan makanan bergizi. “Kami bertanya pada para ibu sebelum kami memulai penelitian BAN mengenai menyapih pada usia bayi enam bulan, dan kami juga melakukan penelitian gizi mengenai apa yang mereka berikan pada bayi sebagai makanan tambahan, dan apa yang akan diberikan pada bayi yang disapih, dan jelas bahwa bayi tersebut akan meninggal apabila tidak mendapatkan makanan tambahan pada usia enam bulan,” Dr. van der Horst mengatakan.

WHO menegaskan tentang keadaan ibu secara individu

Tetapi banyak ahli yang hadir tetap berbeda pendapat mengenai bagaimana cara terbaik untuk memberi konseling pada para ibu dengan HIV mengenai pemberian makan pada anak mereka.

Pedoman WHO yang sudah diperbarui menyarankan membuat pedoman berdasarkan keadaan sang ibu secara individu. Dr. Peggy Henderson dari WHO menjelaskan tentang pedoman baru ini dalam konferensi.

“Kami tahu bahwa pada umumnya ASI adalah makanan yang sempurna, menyediakan seluruh gizi yang dibutuhkan bayi pada enam bulan pertama. ASI selalu siap untuk diberikan dan sangat higienis.

Tetapi, ASI kadang menularkan HIV ke bayi. Di sisi lain, tidak menyusui memajan anak terhadap segala bentuk risiko, termasuk peningkatan angka kematian akibat diare serta penyakit lain dan kekurangan gizi, terutama apabila proses menyusui tidak dilakukan secara aman dan higienis,” dikatakan Dr. Henderson. “Untuk membantu perempuan HIV-positif mengambil keputusan tentang pemberian makanan untuk bayi, dia membutuhkan bantuan seseorang yang terlatih, melakukan penilaian tentang keadaannya.”

Dr. Henderson menawarkan beberapa penjelasan tentang kriteria AFASS yang dapat membantu konselor untuk melakukan penilaian semacam itu. “Agar makanan pengganti lebih baik untuk bayi yang terpajan HIV dibandingkan ASI, haruslah makanan apa yang disebut AFASS yang berarti:

- *Acceptable* Dapat diterima ibu dan harus boleh diterima secara budaya untuk tidak menyusui.
- *Feasible* Dimungkinan – dengan kata lain, ibu harus dapat menyimpan air untuk diberikan pada bayi di tengah malam.
- *Affordable* Terjangkau yang berarti disediakan secara gratis atau dengan harga yang disubsidi keuangan keluarga.
- *Sustainable* Dapat bertahan terus-menerus, karena seperti kita lihat di Botswana, tidak selalu tersedia susu formula di klinik. Atau apabila sang ibu membelinya, berarti harus selalu di toko dan yang selalu dekat dengannya.
- *Safe* Aman yang berarti air yang digunakan harus aman atau ibu harus mampu menjadikan air itu aman. Harus sungguh-sungguh dengan kondisi higienis yang baik. Keamanan juga perlu dinilai ulang secara berkala.

Sebagai tambahan pada keadaan pribadi sang ibu, penilaian juga harus mempertimbangkan kemampuan pusat layanan kesehatan setempat.

“Apa yang baru di sini adalah bahwa ada pertimbangan yang lebih besar tentang layanan kesehatan,” dikatakan Professor Taha Taha dari fakultas kedokteran Bloomberg Universitas John’s Hopkins, AS, pada sesi yang lain. “Apa yang sungguh tersedia, apakah ada layanan kesehatan? Apakah si ibu dapat menjangkau klinik apabila bayinya sakit?”

“Kita juga perlu melihat konseling dan dukungan semacam apa yang tersedia bagi ibu untuk membantunya memberi makanan pengganti secara aman serta menjawab pertanyaan dia,” dikatakan Dr. Henderson. “Tentu saja, ini bukan berarti bahwa perempuan yang memilih untuk menyusui secara eksklusif, tidak membutuhkan banyak konseling maupun dukungan juga.”

Tetapi, beberapa orang khawatir bahwa penilaian ini pasti akan sulit dilakukan secara nyata.

“Secara pribadi saya berpendapat bahwa penilaian kriteria AFASS agak bermasalah,” dikatakan Prof. Taha. “Apakah diserahkan pada sang ibu, konselor, perawat? Siapa yang harus mengambil keputusan?”

Masalah lain sehubungan dengan penilaian ini adalah bahwa ketakutan terhadap HIV cenderung melampaui risiko kesehatan dan kematian yang sesungguhnya yang diakibatkan oleh pemberian makanan secara tidak aman dan tidak cukup. Apabila diserahkan kepada kebanyakan ibu, konselor atau bahkan program nasional, mungkin akan ada kerancuan terhadap menghindari pemberian ASI sebelum benar-benar menurut kriteria AFASS, sebuah penilaian yang tidak masuk akal mengenai kemampuan program untuk menyediakan makanan pengganti secara terus-menerus atau kemampuan ibu untuk menjaga lingkungan yang cukup higienis untuk bayi, terutama di musim hujan.

Menjadikan menyusui eksklusif AFASS

Tentu saja negara dapat lebih mendukung penguatan kapasitas agar makanan pengganti menjadi AFASS. Tetapi para ahli, misalnya Dr. Hoosen Coovadia dari Universitas KwaZulu Natal mempertanyakan hikmah dari pendekatan ini sebagai kebijakan yang dipilih.

“Maka kita mungkin bertanya, mengapa tidak memilih susu formula? Masalah dalam pemilihan susu formula adalah formula tidak gratis,” dikatakan Dr. Coovadia. “Formula sangat mahal. Di bagian dunia saya, formula membutuhkan 30 persen anggaran kami untuk PMTCT. Dan ada masalah dengan persediaan dan masih banyak masalah sehubungan dengan pemberian susu formula. Dan apabila tidak ada perbedaan, mengapa kita harus mengeluarkan lebih banyak dana untuk hal-hal yang mungkin malah menyebabkan lebih banyak masalah?”

Dr. Coovadia bersikukuh bahwa, di kebanyakan negara di Afrika, risiko kematian jelas melampaui risiko penularan. “Apabila kita tetap harus memilih, apa hasilnya? Di sini ada dua perkiraan. Apabila kita

memilih menyusui, tentu akan terjadi infeksi HIV. Kita akan mendapatkan kira-kira 300.000 infeksi per tahun di dunia. Tetapi apabila kita menghindari menyusui, angka kematian akan kira-kira 1,5 juta per tahun. Oleh karena itu berdasarkan kemungkinan untuk perempuan miskin di negara berkembang, tidak ada pilihan selain menyusui bayinya. Kita tidak perlu mengganti kebijakan karena ada sedikit orang yang kaya. Memang ada, tetapi sebagian besar perempuan terinfeksi HIV adalah miskin.”

Tetapi, dengan kemajuan keadaan sosioekonomi, beberapa negara berkembang dapat mencapai prasarana sistem kesehatan yang serupa dengan yang ada di negara maju. Apakah negara ini sudah siap untuk menyarankan pemberian susu formula?

Dr. Coovadia menyarankan satu cara untuk mengukurnya yaitu dengan merujuk pada angka kematian bayi (IMR).

“Apabila IMR-nya tinggi, di atas 25 per 1.000 lahir hidup, maka kita sebaiknya memilih menyusui secara eksklusif selama enam bulan. Dan apabila IMR-nya di bawah 25 per 1.000 lahir hidup, maka kita sebaiknya memilih makanan pengganti sejak lahir. Bila kita melihat Afrika Selatan saat ini, tidak ada satu provinsi pun yang mempunyai IMR di bawah 25. Dan masih saja kita menyediakan susu formula gratis untuk semua bayi yang terpajan HIV,” dia mengatakan. [Catatan: IMR di Indonesia dilaporkan hampir 35 per 1.000 lahir hidup pada 2006.]

Sebaliknya, Dr. Coovadia berpendapat bahwa segala upaya harus berfokus untuk mengurangi penularan akibat menyusui dan mengusahakan agar menyusui eksklusif menjadi AFASS.

Tetapi yang pertama, dia menekankan “setiap perempuan yang datang ke klinik dengan jumlah CD4 yang rendah layak diberi ART untuk dirinya sendiri. Dengan demikian kita dapat menyelesaikan masalah itu. Saya tidak begitu yakin apa yang akan terjadi dalam hal penularan HIV tetapi ini adalah hak setiap orang yang mempunyai jumlah CD4 yang rendah. Oleh karena itu klinik pralahir harus menyediakan ART.”

Banyak orang berpendapat bahwa ART dapat mengurangi penularan HIV dari ibu yang menyusui – walaupun para ahli masih menunggu penelitian yang dirancang secara prospektif untuk dapat membuktikan kesimpulan ini. Tetapi, walaupun ART benar mencegah penularan HIV pada ibu yang menyusui, ini menjadikan sebuah masalah besar baru lain.

Perempuan dengan jumlah CD4 setinggi 350 ditunjukkan dapat menularkan HIV melalui menyusui. Walau ada upaya untuk mengangkat ambang batas CD4 untuk pengobatan, kebanyakan rangkaian terbatas sumber daya masih memakai ambang batas CD4 200 atau paling tinggi 250 – yang akan meninggalkan banyak perempuan yang tidak diobati masih berisiko untuk menularkan HIV (sekali lagi, bila ART melindungi terhadap penularan melalui ASI). Dan walaupun ambang batas CD4 untuk pengobatan dinaikkan menjadi 350, ARV jenis apa yang harus dipakai perempuan ini? Sementara perempuan dengan CD4 di bawah 250 dapat memakai terapi yang mengandung nevirapine, pada perempuan dengan CD4 yang lebih tinggi mungkin berisiko terhadap reaksi hipersensitif. Ada kekhawatiran sehubungan dengan keamanan rejimen yang mengandung efavirenz (meskipun rejimen ini sudah dipakai secara aman setelah trimester pertama kehamilan, pemakaian obat belum diteliti secara mendalam pada anak – yang mungkin terpajan kepadatan obat yang aktif secara biologis melalui ASI).

Obat lini kedua yang mengandung PI misalnya Kaletra dapat dipakai sebagai terapi lini pertama pada ibu menyusui yang mempunyai jumlah CD4 lebih tinggi, tetapi pada kebanyakan program kendalanya adalah biaya. Dan sedikit yang diketahui tentang bagaimana PI dapat menembus ASI atau apakah konsentrasinya secara biologis cukup bermakna untuk ditransfer ke bayi yang disusui.

Data farmakokinetik ASI pada obat yang lebih sering dipakai, misalnya nevirapine, AZT dan 3TC, bahkan tidak terlalu mengesankan (Mirochnick). Dalam analisis tentang konsentrasi ARV dalam ASI dan bayi yang terpajan dalam penelitian Kisumu Breastfeeding (KiBS) yang dipresentasikan dalam konferensi, konsentrasi nevirapine dalam ASI adalah kira-kira 70 persen dari jumlah normal dalam darah. Pada sebagian besar bayi, konsentrasi nevirapine adalah di atas IC50 tetapi di bawah target terapeutik. Dengan demikian anak yang terinfeksi berisiko terhadap resistansi nevirapine. Di sisi lain, beberapa bayi mempunyai konsentrasi nevirapine dalam darah melebihi konsentrasi yang ditargetkan pada orang dewasa – yang dapat menempatkan bayi pada risiko toksisitas yang berat.

Di sisi lain, konsentrasi 3TC sangat tinggi dalam ASI – meskipun di bawah tingkat optimal dalam darah bayi. Dan akhirnya, konsentrasi AZT menjadi sangat rendah dalam ASI yang hampir selalu di bawah batas terdeteksi.

Ditemukan tingkat nevirapine dan 3TC yang serupa dalam ASI (tetapi tidak untuk AZT) dilaporkan dalam penelitian terhadap 40 perempuan di Mozambique yang diterbitkan dalam *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* edisi Maret (Giuliano).

Oleh karena itu, konsentrasi ARV secara biologis dapat disalurkan melalui ASI ke bayi tetapi farmakokinetik penyaluran melalui ASI berbeda untuk setiap obat. Dampak apa yang akan terjadi terhadap viral load dalam ASI serta penularannya belum diketahui — dan mungkin tergantung pada rejimen yang dipakai.

Sebuah pendekatan lain untuk mengurangi penularan HIV melalui ASI adalah, seperti yang dikatakan Dr. Coovadia “mengubah tipe menyusui. Banyak cara menyusui tetapi menyusui secara eksklusif – yang berarti, jangan sekali-kali memberi air... Berbagai penelitian berkali-kali menunjukkan bahwa menyusui secara eksklusif mengurangi risiko penularan. Bayi yang disusui secara eksklusif sampai usia enam bulan mempunyai tingkat penularan yang lebih rendah dibandingkan bayi yang diberi kombinasi makanan.

“Kita harus menemukan cara agar menyusui secara eksklusif dari segi budaya dapat diterima (*Acceptable*) – karena ada stigma dan diskriminasi,” Dr. Coovadia mengatakan (dan setelah bertahun-tahun menyarankan perempuan HIV-positif untuk tidak menyusui, sekarang tentu akan sulit untuk menyarankan pada perempuan yang sama ini bahwa mereka sebaiknya menyusui); dari segi keuangan (*Financially*) dapat terjangkau – dan tidak selalu bergantung pada pemberian gratis; tepat dari segi budaya (*Appropriate*) – karena pemberian makanan yang dikombinasikan merupakan kebiasaan yang sudah membudaya selama ratusan bila tidak ribuan tahun. Kita harus mampu melakukannya secara terus-menerus (*Sustainable*) dan harus memastikan keamanannya (*Safe*).”

Dan setelah enam bulan

Masih banyak pertanyaan mengenai apa yang harus dilakukan setelah enam bulan disusui secara eksklusif, bagaimana kemudian bayi disapih dan bagaimana sang anak sebaiknya diberi makan?

Disusui secara eksklusif untuk waktu yang lebih lama sesungguhnya bukanlah sebuah pilihan. Tetapi sesungguhnya tidak ada yang disebut menyusui secara eksklusif selama lebih dari enam bulan. Menurut Dr. Coovadia, “secara alami tidak ada anak yang dapat bertahan hidup hanya dengan ASI setelah usia enam bulan.”

Penelitian operasional lanjutan di masing-masing rangkaian harus dilakukan untuk melindungi bayi pada waktu yang kritis ini. “Haruskan kita memberi mereka klorin? Haruskan kita memberi mereka kompor? Uang? Serangkaian penelitian selanjutnya harus meliputi peningkatan faktor sosial ekonomi secara luas,” Dr. Coovadia mengatakan.

“Saya kira ini sangat rumit, saya kira kita tidak mempunyai jawabannya,” mengatakan Dr. Lynne Mofenson dari NIH, rekan pemimpin sesi diskusi tentang penghentian pemberian ASI lebih dini.” Sebagian diskusi ini adalah untuk mengundang orang untuk bertanya tentang apa yang selama ini sudah terjadi. Dan saya kira, kita harus menunggu sampai sebagian dari berbagai penelitian ini selesai. Tetapi bahkan saya kira bahwa beberapa penelitian saat ini harus difokuskan pada bagaimana supaya menyusui menjadi lebih aman pada usia 6 sampai 12 bulan.”

Referensi

Atashili J et al. Shorter durations of breast-feeding in infants of HIV-infected women in Africa may substantially reduce infant HIV infection but not mortality: a simulation study. Fourteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles, abstract 771, February 2007.

Semrau K et al. Postnatal transmission of HIV and breast milk viral load and sodium level during the first 4 months of breastfeeding. Fourteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles, abstract 73, February 2007.

Coovadia H et al. Prevention of HIV transmission from breastfeeding. Fourteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles, abstract, February 2007.

HATIP 82: Debat kebijakan pemberian makanan pada bayi di CROI

Giuliano M et al. Triple antiretroviral prophylaxis administered during pregnancy and after delivery significantly reduces breast milk viral load. *J Acquir Immune Defic Syndr* 44 (3): 286-291, 2007.

Kafulafula G et al. Post-weaning gastroenteritis and mortality in HIV-uninfected African infants receiving antiretroviral prophylaxis to prevent MTCT of HIV-1. Fourteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles, abstract 773, 2007.

Kourtis A et al. Diarrhea in uninfected infants of HIV-infected mothers who stop breastfeeding at 6 months: the BAN study experience. Fourteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles, abstract 772, 2007. Poster ini dapat didownload langsung dari situs konferensi.

Mirochnick M et al. Plasma antiretroviral concentrations in breastfeeding infants whose mothers are receiving HAART. Fourteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles, abstract 72, 2007.

Onyango C et al. Early breastfeeding cessation among HIV-exposed negative infants and risk of serious gastroenteritis: findings from a perinatal prevention trial in Kampala, Uganda. Fourteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles, abstract 775, 2007. Poster ini dapat didownload langsung dari situs konferensi.

Thomas T et al. Rates of diarrhea associated with early weaning among infants in Kisumu, Kenya. Fourteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles, abstract 774, 2007.

Semrau K et al. Postnatal transmission of HIV and breast milk viral load and sodium level during the first 4 months of breastfeeding. Fourteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles, abstract 73, February 2007.

Sinkala M et al. No benefit of early cessation of breastfeeding at 4 months on HIV-free survival of infants born to HIV-infected mothers in Zambia: the Zambia Exclusive Breastfeeding Study. Fourteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles, abstract 74, 2007.

Artikel asli: Infant feeding policy debated at the CROI <http://www.aidsmap.com/cms1191021.asp>