



Tatalaksana Persalinan pada Kehamilan dengan Hepatitis B

Ajeng Defriyanti Pusparini, Putu Ristyaning Ayu
Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Hepatitis adalah peradangan sel-sel hati, yang bisa disebabkan oleh infeksi (virus, bakteri, parasit), obat-obatan (termasuk obat tradisional), konsumsi alkohol, lemak yang berlebih dan penyakit autoimmune. Hepatitis dapat disebabkan oleh berbagai macam virus seperti virus hepatitis A, B, C, D, E. Indonesia merupakan negara dengan endemisitas tinggi hepatitis B terbesar kedua di negara *South East Asian Region* (SEAR) setelah Myanmar. Menurut Riskesdas 2013, prevalensi hepatitis 1,2% dari penduduk di Indonesia, dimana 1-5% merupakan ibu hamil dengan virus hepatitis B. Penularan infeksi HBV dapat terjadi melalui *Mother-to-child-transmission* (MTCT) dimana ibu hamil yang menderita hepatitis B akut kepada bayi yang dikandungnya/dilahirkannya. Pada kasus ini melaporkan dari seorang ibu hamil, usia 39 tahun datang RSAM dengan keluhan pasien hamil kurang bulan dengan mata kuning, tubuhnya menjadi kekuningan dan BAK berwarna kuning pekat seperti teh sejak 2 bulan yang lalu. Pemeriksaan fisik didapatkan hasil skleraikterik (+) dan ikterik generalisata dan hasil pemeriksaan HbsAg positif. Penatalaksanaan persalinan yang dilakukan dengan tindakan *sectio caesarea* dan vaksin HBV pada bayi.

Kata kunci : hepatitis, kehamilan dengan hepatitis B, MTCT

Management of Labor in Pregnancy with Hepatitis B

Abstract

Hepatitis is an inflammation of the liver cells, which can be caused by infections (viral, bacterial, parasitic), drugs (including traditional medicine), alcohol consumption, excess fat and autoimmune diseases. Hepatitis can be caused by various viruses such as hepatitis A, B, C, D, E. Indonesia is a country with high endemicity of hepatitis B in the country's second largest South East Asian Region (SEAR) after Myanmar. According Riskesdas 2013, the prevalence of hepatitis 1.2% of the population in Indonesia, where 1-5% of pregnant women with the virus is hepatitis B. Transmission of HBV infection can occur through Mother-to-child-transmission (MTCT) in which pregnant women who suffer from hepatitis B acute to her developing baby / birth. In this case report of a pregnant woman, aged 39 years came RSAM with complaints of pregnant patients for preterm with yellow eyes, his body became yellow and dark yellow BAK like tea since 2 months ago. Physical examination showed jaundiced sclera (+) and generalized jaundice and positive HBSAg test results. Management of deliveries performed with acts *sectio caesarea* and HBV vaccine in infants.

Keyword : hepatitis, hepatitis B in pregnant, MTCT

Korespondensi: Ajeng Defriyanti Pusparini, S.Ked, alamat Jln. Bakau gg. Dewi Sri No. 113 Tanjung Raya, Kedamaian, Bandar Lampung, HP 081369727970, email ajengdefri0@gmail.com

Pendahuluan

Hepatitis berasal dari bahasa Yunani kuno "hepar", dengan akar kata "hepat" yang berarti hati (liver), dan akhiran -itis yang berarti peradangan, sehingga dapat diartikan peradangan hati.¹ Hepatitis adalah istilah umum yang berarti peradangan sel-sel hati, yang bisa disebabkan oleh infeksi (virus, bakteri, parasit), obat-obatan (termasuk obat tradisional), konsumsi alkohol, lemak yang berlebih dan penyakit autoimmune. Hepatitis dapat disebabkan oleh berbagai macam virus seperti virus hepatitis A (HAV), hepatitis B (HBV), hepatitis C (HCV), hepatitis D (HDV) dan hepatitis E (HEV).^{2,3}

Penyakit hepatitis merupakan masalah kesehatan masyarakat di dunia termasuk Indonesia. Indonesia merupakan negara

dengan endemisitas tinggi Hepatitis B terbesar kedua di negara *South East Asian Region* (SEAR) setelah Myanmar. Virus Hepatitis B (VHB) telah menginfeksi sejumlah 2 milyar orang di dunia, sekitar 240 juta orang diantaranya menjadi pengidap Hepatitis B kronik. Sebanyak 1,5 juta penduduk meninggal dunia setiap tahunnya karena Hepatitis.⁴ Menurut Riskesdas 2013, prevalensi hepatitis 1,2% dari penduduk di Indonesia, dimana 1-5% merupakan ibu hamil dengan virus hepatitis B.⁵

Penularan infeksi VHB dapat terjadi dengan 2 cara, yaitu penularan horizontal dan vertikal. Penularan horizontal VHB dapat terjadi melalui berbagai cara yaitu penularan perkutan, melalui selaput lendir atau mukosa.⁶

Mother-to-child-transmission (MTCT) terjadi dari seorang ibu hamil yang menderita



hepatitis B akut atau pengidap persisten HBV kepada bayi yang dikandungnya atau dilahirkannya. Penularan HBV vertikal dapat dibagi menjadi penularan HBV in-utero, penularan perinatal dan penularan post natal. Penularan HBV in-utero ini sampai sekarang belum diketahui dengan pasti, karena salah satu fungsi dari plasenta adalah proteksi terhadap bakteri atau virus. Bayi dikatakan mengalami infeksi in-utero jika dalam 1 bulan postpartum sudah menunjukkan HbsAg positif.^{6,7}

Penularan perinatal adalah penularan yang terjadi pada saat persalinan. Sebagian besar ibu dengan HbeAg positif akan menularkan infeksi HBV vertikal kepada bayi yang dilahirkannya sedangkan ibu yang anti-Hbe positif tidak akan menularkannya. Penularan post natal terjadi setelah bayi lahir misalnya melalui ASI yang diduga tercemar oleh HBV lewat luka kecil dalam mulut bayi. Pada kasus persalinan lama cenderung meningkatkan penularan vertikal (lebih dari 9 jam).⁸

Kehamilan tidak akan memperberat infeksi virus, akan tetapi jika terjadi infeksi akut bisa mengakibatkan hepatitis fulminan yang dapat menimbulkan mortalitas tinggi pada ibu dan bayi. Jika penularan virus hepatitis B dapat dicegah berarti mencegah terjadinya kanker hati secara primer yang dipengaruhi titer DNA virus hepatitis B tinggi pada ibu (semakin tinggi kemungkinan bayi akan tertular). Infeksi akut terjadi pada kehamilan trisemester ketiga, persalinan lama dan mutasi virus hepatitis B.⁸

Kasus

Pasien Ibu hamil Ny I, G₃P₁A₁, usia 39 tahun datang ke Rumah Sakit Abdul Moeloek tanggal 4 November 2016 dengan keluhan pasien hamil kurang bulan dengan mata kuning. Pasien mengeluhkan merasa mulai mengalami perubahan berwarna kekuningan pada matanya disertai BAK yang berwarna kuning pekat seperti teh sejak 2 bulan yang lalu. Sejak 2 minggu yang lalu pasien juga mengeluhkan tubuhnya mulai merasa menjadi kekuningan. R/ keluar air-air (-), R/ darah (-), lendir (-). Gerakan janin (+). Menurut pasien, pasien sudah hamil selama 36 minggu dengan riwayat penyakit hepatitis B dan riwayat SC tahun 2007 dengan indikasi plasenta terletak di bawah. Pasien datang ke RSAM atas rujukan

dari RS Mardi Waluyo Metro karena hamil dengan hepatitis B.

Pada pemeriksaan fisik umum didapatkan kesadaran *composmentis*, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 86x/m, pernafasan 20x/m, suhu 37⁰C, konjungtiva hiperemis, sclera ikterik (+) dan ikterik generalisata. Pemeriksaan fisik obstetri didapatkan, TFU (Tinggi Fundus Uteri) yaitu 28 cm dari simfisis pubis, pada leopold I bulat lunak dan tidak melenting terasa bokong, pada leopold II letak memanjang dengan punggung bagian kiri, pada leopold III bulat keras dan melenting terasa bagian kepala dan leopold IV konvergen, auskultasi denyut jantung janin 147x/menit dan TBJ 2480 g. Pemeriksaan dalam dilakukan inspeksi portio livide, ostium uterus eksterna tertutup, dan *fluxus*(-).Pemeriksaan *vaginal toucher* portio lunak, posterior, eff 0%, Ø kuncup, kepala, floating, ketuban belum dapat dinilai, penunjuk belum dapat dinilai.

Pemeriksaan penunjang pada pasien ini didapatkan nilai hemoglobin 11,2g/dL, leukosit 12.500/ μ L, hematokrit 31%, trombosit 361.000 / μ L dan HbsAg (+) reaktif. Hasil USG 5 November 2017 yaitu tampak janin tunggal hidup, presentasi kepala, DJJ (+), biometri janin : BPD, FL, AG- 35-36 minggu, ketuban (+), Plasenta di corpus anterior. Kesan : Hamil 35-36 minggu janin tunggal hidup presentasi kepala.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang maka pada pasien ini dapat ditegakkan diagnosis G₃P₁A₁hamil 36 minggu belum inpartu dengan Hepatitis B + Riwayat SC 1x JTH presentasi kepala. Penatalaksanaan pada pasien yaitu observasi TVI dan DJJ, IVFD RL gttxx/mnt, dan saat ada his pasien direncanakan *sectio caesarea* (SC). Pada bayi, diberikan vaksin hepatitis B segera setelah lahir.

Pembahasan

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang pasien ini didiagnosis dengan kehamilan dengan hepatitis B. Diagnosis kehamilan dengan hepatitis tidak berbeda dengan diagnosis hepatitis akut pada populasi umum. Diagnosis penyakit hepatitis ditegakkan berdasarkan gejala (keluhan), tanda (temuan klinis), kelainan fungsi hati yang mendukung (peningkatan kadar seromarker spesifik untuk setiap jenis virus penyebab.⁹ Pasien ini ditemukan gejala sklera ikterik dan



ikterik generalisata dimana menunjang temuan klinis kehamilan dengan hepatitis. Pada ibu hamil dengan ikterus, waspadai kemungkinan infeksi akut HBV dan adanya hepatitis fulminan (sangat ikterik, nyeri perut kanan atas, kesadaran menurun dan hasil pemeriksaan urine (warna seperti teh pekat, urobilin dan bilirubin positif, sedangkan pemeriksaan darah selain urobilin dan bilirubin positif SGOT dan SGPT sangat tinggi (biasanya diatas 1000)).^{8,9}

Pada kasus ini, ditemukan hasil pemeriksaan HbsAg positif yang merupakan suatu pertanda adanya infeksi pada hati oleh virus HBV, pertanda replikasi seperti HbeAg dan DNA HBV, pertanda untuk mengetahui akut atau kronik yaitu IgM anti-HBc yang menunjukkan adanya kerusakan hati. USG akan menampilkan pembesaran hati serta bertambah densitas gama dari parenkim hati pada hepatitis akut-kronik.^{10,11}

Pada tatalaksana tidak ada yang membedakan prinsip terhadap hepatitis akut pada kehamilan dengan tanpa kehamilan. Istirahat yang cukup dan terapi simptomatik tetap menjadi dasarnya. Terminasi kehamilan hanya dilakukan atas indikasi obstetrik. Aspek yang perlu ditimbang ialah tatalaksana terkait dengan kemungkinan terjadinya transmisi vertikal virus penyebabnya, karena hal ini dapat berpengaruh pada morbiditas dan mortalitas anak di hari kehamilan.⁸

Menurut *American College of Gastroenterology (ACG)* dan *American Association for the Study of Liver Disease (AASLD)* sangat merekomendasikan inisiasi antivirus pada pasien dengan viremia yang tinggi pada 28-32 minggu kehamilan untuk mengurangi MTCT. Tenofovir dan telbivudin tetap menjadi terapi lini pertama.^{9,12} Selain itu, dapat juga diberikan lamivudin kepada ibu sebelum melahirkan (100 mg/hari dalam trisemester ketiga).⁸

Sebuah percobaan prospektif baru-baru ini melihat tingkat penularan perinatal pada ibu dengan viremia yang tinggi diberikan telbivudin 600 mg/hari yang dimulai pada 20-32 minggu kehamilan, dibandingkan dengan yang tidak diberikan perawatan. Hasilnya terdapat penurunan yang signifikan yang berarti bahwa viral load dari kelompok yang mendapatkan pengobatan sebelum melahirkan, tidak ada transmisi janin yang terdeteksi, sehingga menunjukkan suatu keberhasilan yang sama untuk telbivudin dalam pencegahan MTCT.¹²

Persalinan pada ibu hamil dengan titer HBV tinggi (3,5 pg /mL) atau HBeAg positif lebih baik SC pada persalinan yang lebih dari 14 jam. Pada infeksi akut persalinan pervaginam usahakan dengan trauma sekecil mungkin dan rawat bersama dengan Ahli Penyakit Dalam.¹³

Pada pasien ini dilakukan tindakan SC, alasannya karena berdasarkan penelitian Pan et al. bahwa tindakan SC dapat mencegah penularan MCTC. Tindakan SC lebih efektif dilakukansebelum ketuban pecah. Pan et al. menganalisis data dari 1.409 bayi yang lahir melalui persalinan pervaginam, seksio sesaria elektif atau operasi caesar darurat untuk ibu dengan HBsAg positif. Infeksi HBV yang ditularkan pada bayi yang lahir dengan operasi caesar elektif memiliki persentase yang lebih kecil (1,4%), dibandingkan dengan persalinan pervaginam (3,4%) atau operasi caesar darurat (4,2%). Operasi caesar darurat tidak berpengaruh oleh penularan vertikal dibandingkan dengan persalinan pervaginam, sedangkan bayi yang lahir dengan operasi caesar elektif memiliki tingkat signifikan lebih rendah dari penularan vertikal dari mereka yang lahir dengan operasi caesar non-elektif.^{9,14}

Infeksi akut virus hepatitis B pada ibu hamil tidak dikaitkan dengan peningkatan mortalitas dan teratogenitas. Infeksi dapat dicegah dengan vaksinasi dan bagi yang diduga telah terpapar dianjurkan untuk juga diberikan imunoglobulin (HBIG). Apabila ibu mengalami HbeAg positif (HBV DNA load tinggi) sebaiknya diberikan HBIG dan vaksin untuk bayi. Bagi bayi yang ibunya HbeAg positif berisiko tinggi menjadi infeksi HBV kronik.⁸

Vaksin Hepatitis B harus segera diberikan setelah bayi lahir, mengingat vaksinasi Hepatitis B merupakan upaya pencegahan yang efektif untuk memutuskan rantai penularan melalui transmisi maternal dari ibu kepada bayinya. Ada dua tipe vaksin Hepatitis B yang mengandung HbsAg, yaitu: 1) vaksin yang berasal dari plasma, dan (2) vaksin rekombinan. Kedua ini aman dan imunogenik walaupun diberikan pada saat lahir karena antibodi anti HbsAg tidak mengganggu respons terhadap vaksin.¹⁷

Menurut Pedoman Nasional di Indonesia dan WHO merekomendasikan sebaiknya HBIG dan vaksin Hepatitis B diberikan secara intramuskular dengan dosis 0,5 ml, selambat-lambatnya 24 jam setelah persalinan untuk mendapatkan efektifitas yang lebih tinggi.^{15,16,17}



Pemberian profilaksis HBIG memberikan manfaat tambahan terutama pada bayi baru lahir dengan ibu HbsAg positif dan HbeAg positif.¹⁷ Pemberian imunisasi Hepatitis B berdasarkan status HbsAg ibu pada saat melahirkan adalah:

1. Bayi yang lahir dari ibu yang tidak diketahui status HbsAg nya mendapatkan 5 mcg (0,5 ml) vaksin rekombinan atau 10 mcg (0,5 ml) vaksin asal plasma dalam waktu 12 jam setelah lahir. Dosis kedua diberikan pada umur 1-2 bulan dan dosis ketiga pada umur 6 bulan. Kalau kemudian diketahui ibu mengidap HbsAg positif maka segera berikan 0,5 ml HBIG (sebelum anak berusia satu minggu).
2. Bayi yang lahir dari ibu HbsAg positif mendapatkan 0,5 ml HBIG dalam waktu 12 jam setelah lahir dan 5 mcg (0,5 ml) vaksin rekombinan. Dosis kedua diberikan pada umur 1-2 bulan dan dosis ketiga pada umur 6 bulan.
3. Bayi yang lahir dari ibu dengan HbsAg negatif diberi dosis minimal 2,5 mcg (0,25 ml) vaksin rekombinan, sedangkan kalau digunakan vaksin berasal dari plasma, diberikan dosis 10 mcg (0,5 ml) intramuskular pada saat lahir sampai usia 2 bulan. Dosis kedua diberikan pada umur 1-4 bulan, sedangkan dosis ketiga pada umur 6-18 bulan.
4. Ulangan imunisasi Hepatitis B diberikan pada umur 10-12 Tahun.¹⁶

Mengenai menyusui bayi, tidak ada masalah untuk menyusui bayinya. Jika bayi telah divaksinasi segera setelah lahir, maka tubuh bayi akan membentuk antibodi sehingga tidak terjadi penularan dari ibu ke bayi. Pada penelitian telah dibuktikan bahwa penularan melalui saluran pencernaan membutuhkan titer virus yang jauh lebih tinggi dari penularan parenteral.^{11,12}

Simpulan

Tatalaksana persalinan pada kehamilan dengan hepatitis B dengan tindakan *sectio caesarea* elektif memiliki tingkat penularan ke bayi lebih rendah dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Tatalaksana terhadap bayi dengan ibu pengidap HBV dengan memberikan vaksinasi segera setelah persalinan.

Daftar Isi

1. Dorland WA, Newman. Kamus Kedokteran Dorland. Edisi ke-31. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2010. hlm. 985.
2. WHO. Hepatitis B. [internet]. Lancet2016. [disitasi pada tanggal 2 Maret 2017]; 385(9963):117–71. Tersedia dari : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>
3. Sanityoso, Andri. Hepatitis Viral Akut. Dalam : Sudoyo, Aru W. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I. Edisi ke-5. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2009. hlm. 645-52.
4. Kementerian Kesehatan RI. Pusat Data dan Informasi. Jakarta Selatan: Kementerian Kesehatan RI; 2014.
5. Depkes RI. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI; 2013.
6. Merry, V. Pengelolaan Hepatitis B Dalam Kehamilan Dan Persalinan [Tesis]. Semarang : Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang; 2001.
7. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. Nelson textbook of pediatrics. Edisi ke-18. Philadelphia: Elsevier; 2008.
8. Budihusodo U. Hepatitis Akut pada Kehamilan. Dalam: Laksmi, Purwita W, Mansjoer A, Alwi I, Setiati S, et al. penyakit-penyakit pada kehamilan : peran seorang internis. Jakarta : Interna Publishing; 2008. hlm. 393-405.
9. Dunkelberg JC, Berkley, Thie KW. Hepatitis b and c in pregnancy: a review and recommendations for care. J Perinatol. 2014; 34(12):882-91.
10. Ankur J, Avishek S, Sarin K. Prevention of peripartum hepatitis b transmission. New Delhi : New England J Med 2017; 375(15):1496-98.
11. Alpers CE, Anthony DC, Aster JC, Crawford JM, Crum CP, Girolami UD. Robbins and cotran pathologic basis of disease. Edisi ke-7. Philadelphia: Elsevier; 2005.
12. Ayoub WS, Cohen. Hepatitis management in the pregnant patient : an update. USA : J Clin Trans Hepatol. 2016; (4)241-7.
13. Gede, S. Penyakit infeksi. Dalam: Prawirohardjo S, Abdul S, Rachimchadi T,



- Wiknjosastro. Ilmu kebidanan. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirodihardjo; 2014. hlm. 903-19.
14. Jane Moody. Clinical guideline caesarean section. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health; 2004. hlm. 32-36.
 15. Depkes RI. Situasi Imunisasi di Indonesia. Jakarta: Depkes RI; 2016. hlm. 7-8.
 16. Hariyono S, Hadinegoro SR, Soeditjo. Pedoman Imunisasi di Indonesia. Edisi ke-5. Jakarta : IDAI; 2014. hlm. 90-2.
 17. WHO. Guidelines on hepatitis B and C testing. Geneva: World Health Organization; 2017. hlm. 139-41.