

Hepatitis pada Kehamilan

Hans Tandra

Rumah Sakit Umum Trenggalek Jawa Timur

PENDAHULUAN

Penyakit hati biasanya jarang terjadi pada wanita hamil, namun apabila timbul ikterus pada kehamilan, maka penyebabnya yang paling sering adalah hepatitis virus.¹

Adapun ikterus pada kehamilan sebenarnya dapat disebabkan oleh beberapa keadaan^{2,3}:

- A) Ikterus yang terjadi oleh karena kehamilan
 1. perlemakan hati akut
 2. toksemia
 3. kolestasis intrahepatik.
- B) Ikterus yang terjadi bersama dengan suatu kehamilan
 1. hepatitis virus
 2. batu empedu
 3. penggunaan obat-obatan hepatotoksik
 4. sirosis hati.

Ikterus dapat timbul pada satu dari 1500 kehamilan, 41% di antaranya adalah hepatitis virus, 21% oleh karena kolestasis intrahepatik, dan kurang dari 6% oleh obstruksi saluran empedu di luar hati.³

FAAL HATI PADA KEHAMILAN NORMAL

Pada kehamilan normal, tes faal hati seperti bilirubin dan transaminase serum biasanya tidak menunjukkan kelainan.^{1,2,3,4} Ekskresi BSP biasanya normal, dapat sedikit terganggu pada trimester ke tiga.³ Peningkatan fosfatase alkali dalam serum dapat terjadi pada bulan ke sembilan kehamilan,³ peningkatan ini disebabkan oleh produksi dari sinsisiotrofoblas dari plasenta.¹

Kolesterol serum total meningkat sejak bulan ke empat, biasanya mencapai puncaknya sekitar 250 mg% pada bulan ke delapan, dan jarang melebihi 400 mg%. Albumin serum menurun sampai maksimal 1 g% dari keadaan sebelum hamil pada trimester ke tiga, yang biasanya berhubungan dengan status nutrisi orang hamil tersebut. Globulin meningkat, demikian pula fibrinogen. Dengan pemeriksaan elektroforesis protein serum penderita, tampak globulin alfa-2 dan beta meningkat, sedangkan globulin gama sedikit menurun.^{1,4}

Adanya *spider nevi* dan eritema palmaris bukan disebabkan oleh gangguan faal hati, melainkan oleh karena estrogen yang

meningkat pada kehamilan;³ tanda-tanda ini dapat terjadi pada 2/3 wanita hamil yang berkulit putih, dan sedikit pada kulit berwarna.⁴

Pemeriksaan biopsi hati tidak menunjukkan kelainan, meskipun kadang-kadang tampak infiltrasi limfosit yang ringan pada daerah portal, dan pada pemeriksaan dengan mikroskop elektron terlihat peningkatan retikulum endoplasmik.³

Aliran darah ke hati juga tidak mengalami perubahan yang berarti.^{3,4}

HEPATITIS VIRUS PADA KEHAMILAN

Pada wanita hamil kemungkinan untuk terjangkit hepatitis virus adalah sama dengan wanita tidak hamil pada usia yang sama. Sarjana lain mengatakan bahwa di negara sedang berkembang, wanita hamil lebih mudah terkena hepatitis virus, hal ini erat hubungannya dengan keadaan nutrisi dan higiene sanitasi yang kurang baik.^{5,6,7,8}

Hepatitis virus dapat timbul pada ketiga trimester kehamilan dengan angka kejadian yang sama;^{8,9} tetapi Siegler dan Keyser mendapatkan angka 9.5% hepatitis virus terjadi pada trimester I, 32% terjadi pada trimester II, dan 58,5% terjadi pada trimester III.⁸

Gambaran klinik, laboratorium, dan histopatologi adalah sama dengan penyakit hepatitis virus pada orang tidak hamil.³

Gambaran Klinik

Penyakit ini biasanya memberikan keluhan mual, muntah, anoreksia, demam ringan, mata kuning. Pada pemeriksaan fisik dapat dijumpai ikterus dan hepatomegali, sedangkan splenomegali hanya ditemukan pada 20–25% penderita.^{1,3,4}

Pemeriksaan Laboratorium

Pada pemeriksaan laboratorium akan didapatkan gambaran kerusakan parenkim hati. Bilirubin serum meningkat, demikian pula, transaminase serum.¹

Pemeriksaan Histopatologi

Pemeriksaan histopatologi menunjukkan nekrosis sel hati sentrilobuler, infiltrasi sel radang di segitiga portal, sedangkan kerangka retikulin masih baik.¹

Dipresentasikan pada Pertemuan Ilmiah IBI Cabang Trenggalek 20 Maret 1990.

Diagnosis

Diagnosis hepatitis virus pada kehamilan ditegakkan atas dasar gambaran klinik dan laboratorik yang cukup khas, serta pemeriksaan petanda serologik dari virus hepatitis.

Dalam membuat diagnosis, perlu dibedakan dengan penyakit lain seperti batu saluran empedu, mononukleosis infeksiosa, leptospirosis, dan penyakit ikterus obstruktif lainnya.¹⁴ Adanya ikterus yang berat, bilirubin dan transaminase serum yang sangat tinggi, leukositosis, suhu tubuh meningkat, kesedaran yang menurun sampai koma, defisiensi faktor pembekuan darah, serta tanda-tanda perdarahan, menggambarkan adanya nekrosis sel parenkim hati yang luas, dan menunjukkan adanya suatu hepatitis virus tipe fulminan.¹⁰

Pengelolaan

Pengelolaan secara konservatif adalah terapi pilihan untuk penderita hepatitis virus pada kehamilan.^{1 2 8 11 12}

Penderita harus tirah baring di rumah sakit sampai gejala ikterus hilang dan bilirubin serum menjadi normal, makanan yang diberikan menandung kaya kalori dan protein. Obat-obat hepatotoksik harus dihindari, termasuk alkohol dan obat-obat yang diekskresi dan dikumpulkan di hati. Obat-obat yang hepatotoksik antara lain adalah klorpromasin, derivat fenotiasin, eritromisin estolat, PAS, halotan, klorpropamid, thiourasil, dan nitrofurantoin.¹

Bila diduga akan terjadi perdarahan pasca persalinan karena defisiensi faktor pembekuan darah, perlil diberikan vitamin K dan transfusi plasma. Keseimbangan cairan dan elektrolit harus diperhatikan.^{1 3 4 8 11 12}

Apabila terdapat tanpa-tanda menjurus ke arah hepatitis fulminan, diit penderita harus diganti dengan rendah atau tanpa protein; tindakan sterilisasi usus perlu dilakukan untuk mencegah timbulnya amoniak yang berlebihan.¹⁰ Beberapa penelitian terakhir menunjukkan bahwa pemakaian kortikosteroid pada hepatitis fulminan tidak bermanfaat sama sekali.¹²

Hepatitis virus pada kehamilan bukan merupakan indikasi untuk tindakan terminasi kehamilan, dan tindakan anestesi serta pembedahan akan menambah morbiditas dan mortalitas penderita.^{1 3 4 9 11}

Prognosis

Prognosis tergantung pada status nutrisi penderita.⁴ Untuk hepatitis fulminan prognosis biasanya jelek, angka kematian mencapai lebih dari 85%.^{1 3 6}

PENGARUH HEPATITIS PADA KEHAMILAN

Pengaruh hepatitis virus pada ibu hamil adalah meningkatkan angka kejadian abortus, partus prematums, dan perdarahan. Risiko bagi janin dalam kandungan adalah prematuritas, kematian janin dan penularan hepatitis virus. Kelainan kongenital pada janin belum pernah dilaporkan.¹ Transmisi virus hepatitis dari ibu ke anak dapat terjadi transplasental, melalui kontak dengan darah atau tinja ibu waktu persalinan, kontak yang intim antara ibu dan anak setelah persalinan, atau melalui air susu ibu.¹³

Beberapa teori lain yang menjelaskan mekanisme penularan virus perinatal adalah¹¹:

1) Adanya kebocoran plasenta yang menyebabkan tercampurnya darah ibu dengan darah fetus.

2) Tertelannya cairan amnion yang terinfeksi.

3) Adanya abrasi pada kulit selama persalinan yang menjadi tempat masuknya virus.

4) Tertelannya darah selama persalinan.

5) Penularan melalui selaput lendir.

Bayi yang lahir dari ibu dengan hepatitis B akut maupun kronik, perlu diberi pengobatan imunoprofilaksis.³

IMUNOPROFILAKSIS HEPATITIS VIRUS B PADA ANAK BARU LAHIR

Terhadap bayi baru lahir dari ibu penderita hepatitis virus B, imunisasi pasif dengan menggunakan Immunoglobulin Hepatitis B (HBIG) diberikan untuk mendapatkan antibodi secepatnya guna memerangi virus hepatitis B yang masuk; selanjutnya disusul dengan imunisasi aktif dengan memakai vaksin.

HBIG diberikan selambat-lambatnya 24 jam pasca persalinan, kemudian vaksin Hepatitis B diberikan selambat-lambatnya 7 hari pasca persalinan. Dianjurkan HBIG dan vaksin Hepatitis B diberikan segera setelah persalinan (masing-masing pada sisi yang berlawanan) untuk mencapai efektivitas yang lebih tinggi.¹¹

Dosis HBIG yang dianjurkan adalah 0,5 ml i.m. waktu lahir; sedangkan untuk vaksin dari MSD misalnya diberikan 10 ug (0,5 ml) i.m. bulan 0,1 dan 6 atau vaksin dari Pasteur 5 ug (1 ml) bukan 0, 1, 2 dan 12.¹

KEPUSTAKAAN

1. Barnes OG. Disorders of the liver. In : Medical Disorders in Obstetric Practice. 4th ed. Blackwell Scientific Publication, Oxford, 1974; 157.
2. Krejts GJ, Haemmerli UP : Jaundice during pregnancy. In : Schiff L, Schiff ER (eds) : Diseases of the Liver. 5th ed. JB Lippincott Co, Philadelphia-Toronto. 1982; 1561.
3. Sherlock S. The Liver in Pregnancy. In : Diseases of the Liver and Biliary System. 6th ed. Blackwell Scientific Publication, Oxford. 1982; 400.
4. Iber FL : Jaundice in pregnancy : A review. Am J Obstet Gynecol 1965; 91 : 721.
5. Christine AB, Allam AA, Aref MK, El-Muntasser IH, El-Nageh M : Pregnancy hepatitis in Libya. Lancet 1975; 2 : 827.
6. D'Cruz IA, Balani SC, Iyer LS : Infectious hepatitis and pregnancy. Obstet Gynecol 1968; 31 : 449.
7. Peretz A, Paldi E, Brandstaedter S, Barzilai D : Infectious hepatitis in pregnancy. Obstet Gynecol 1959; 14 : 435.
8. Siegler AM, Keyser H. Acute Hepatitis in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1963; 86 : 1068.
9. Holden TE, Sherline DM. Hepatitis and hepatic failure in pregnancy. Obstet Gynecol 1972; 40 : 586.
10. Hans Tandra, Moh. Yogiantoro, Achmad Hassan, Widawati Soemarto, Hendra Rahardja. Hepatitis Virus tipe Fulminan pada kehamilan. Acta Media Indon 1988; XX : 3.
11. Achmad Hassan, Widawati Soemarto, Hendra Rahardja. Aspek klinik dan epidemiologik Hepatitis Virus B Akut. Majalah lima Penyakit Dalam 1987; 13 : 61.
12. Dienstag JL, Isselbacher KJ. Therapy for acute and chronic hepatitis. Arch Intern Med 1981; 141 : 1419.
13. Hill LM, Marcus WM, Kempers RD, Taswell HF : Hepatitis B surface antigen during pregnancy. Obstet Gynecol 1977; 50 : 78.
14. Hans Tandra, Widawati Soemarto. Penyakit hati pada kehamilan. Maj Ilmu Penyakit Dalam 1988; 14 : 37.
15. Mohamad Diman Angsar : Hepatitis virus pada kehamilan. Cermin Dania Kedokteran 1979; 15 : 13.
16. Seeff LB, Hoofnagle JH. Immunoprophylaxis of viral hepatitis. Gastroenterol 1979; 77 : 161.