

Volume 1 No. 2 Oktober 2013

JURNAL ILMIAH KEBIDANAN

THE JOURNAL OF MIDWIFERY



Jurnal
Ilmiah
Kebidanan

Vol. 1

No. 2

Hal. 100 - 205

Denpasar
Oktober 2013

ISSN: 2338-669X

Diterbitkan oleh:
Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Denpasar

JURNAL ILMIAH KEBIDANAN
The Journal of Midwifery

KETUA PENYUNTING

Ni Nyoman Sumiasih, SKM.,M.Pd

WAKIL PENYUNTING

Ni Wayan Ariyani, M. Keb

PENYUNTING PELAKSANA

Ni Nyoman Budiani, SST.,M.Biomed

Ni Nyoman Suidri, M.Keb

Ni Luh Putu Sri Erawati, MPH

G.A Marhaeni, SKM.,M.Biomed

DESAIN GRAFIS

I Komang Arta Guna

Ni Ketut Somoyani, M.Biomed

SEKRETARIAT TIM PENYUSUN JURNAL

Made Widhi Gunapria D, M.Keb

Anak Agung I.D. Cinthya Riris, A.Md.Keb

Ni Wayan Armini, M.Keb

G. A. Sri Adnyani, A.Md.Keb

Alamat Redaksi

Kampus Jurusan Kebidanan Poltekkes Denpasar

Jalan Raya Puputan Renon No 11 A Denpasar Bali

Telpon : (0361) 235014

JURNAL ILMIAH KEBIDANAN

ISSN 2338-669X

Volume 1 Nomor 2 Oktober 2013 Halaman 100 - 205

DUKUNGAN KELUARGA MENINGKATKAN KEPATUHAN PASIEN KANKER SERVIKS MENJALANI KEMOTERAPI

(Studi dilakukan di Ruang Cempaka Timur RSUP Sanglah Denpasar)
Ni Putu Ayu Citrawati, Ni Wayan Armini, Ni Nyoman Suindri

100 - 107

STIMULASI ORANG TUA MENINGKATKAN PERKEMBANGAN BAYI UMUR BULAN DI PUSKESMAS PEMBANTU DAUH PURI DENPASAR TAHUN 2012

Luh Putu Tarsih Rukmayanti, Gusti Ayu Marhaeni, Ni Nyoman Suindri

108 - 114

PENGETAHUAN IBU TENTANG ALAT PERMAINAN EDUKATIF UNTUK ANAK BALITA BERDASARKAN KARAKTERISTIK DAN SUMBER INFORMASI

Studi Dilakukan di Desa Dauh Puri Kauh Denpasar Tahun 2012
Ni Putu Hennyka Putri, Ni Nyoman Budiani, Ni Wayan Armini

115 - 124

HUBUNGAN INISIASI MENYUSU DINI DENGAN KEBERHASILAN PEMBERIAN AIR SUSU IBU PADA BAYI UMUR SATU HARI SAMPAI TIGA BULAN

Studi Dilakukan di Pos Praktik Terpadu Poltekkes Denpasar dan Puskesmas Pembantu Dauh Puri Tahun 2012

Ni Luh Wyn. Aris Kardiantini, Ni Nyoman Suindri, Juliana Mauliku

125 - 132

PERMASALAHAN REMAJA DAN PENANGGULANGANNYA

Ni Gusti KOMPIANG Sriasih

133 - 143

HERPES GENETALIS PADA MASA KEHAMILAN

Ni Ketut Somoyani, Luh Kadek Alit Arsani

144 - 154

HUBUNGAN PENGETAHUAN IBU RUMAH TANGGA TENTANG INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS) DAN DUKUNGAN SUAMI DENGAN KEPATUHAN BEROBAT DI KLINIK TUNJUNG BIRU TAHUN 2012

Kadek Angie Wisandewi Mayun, Ni Nyoman Suindri, Ni Wayan Armini

155 - 162

PROGRAM ANTENATAL CLASS MENINGKATKAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU HAMIL DALAM MENYUKSESKAN INISIASI MENYUSU DINI

Ni Nyoman Sumiasih

163 - 175

PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU DENGAN HIV DAN AIDS TENTANG PENYAKITNYA SETELAH MENERIMA KONSELING DI KLINIK PREVENTION MOTHER TO CHILD TRANSMISSION

Studi Dilakukan di RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2012

Ni Luh Wiwin Wirantari, Ni Ketut Somoyani, I Gusti Ayu Surati

176 - 183

KAJIAN PERILAKU SISWA SMP TERKAIT PENCEGAHAN HIV/AIDS DI KOTA DENPASAR

Made Widhi Gunapria Darmapatni

184 - 190

HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN BIDAN DENGAN PRAKTIK KEWASPADAAN UMUM DALAM ASUHAN PERSALINAN NORMALDI RUANG BERSALIN BLUD RSU KABUPATEN BADUNG

Ni Ketut Rai Sarini, Ni Luh Putu Sri Erawati, Ni Nyoman Sumiasih

191 - 198

KAJIAN GAWAT JANIN PADA PROSES PERSALINAN KALA I FASE LATEN

Dewa Ayu Eka purwanti, Ni Wayan Ariyani, IGAA. Novya Dewi

199 - 205

HERPES GENETALIS PADA MASA KEHAMILAN

Ni Ketut Somoyani,¹, Luh Kadek Alit Arsani²

Abstract. *Herpes simplex / Genital herpes is an infectious disease caused by the Herpes Simplex Virus (HSV). Genital herpes often without clinical symptoms is not a mild threat, especially for pregnant women who are infected hamil. Wanita HSV - 2 should be taken seriously. The most important of these viral infections in pregnant women is the effect on the pregnancy itself and the baby she is carrying, because the virus can cross the placenta and cause fetal disorders. In infants born to mothers who suffer from genital herpes during pregnancy, abnormalities can be found in the form of hepatitis, severe infections, encephalitis, keratoconjunctivitis, skin eruptions and can be born herpestiformis vesicles. Herpes simplex viruses that cause genital herpes in pregnancy are the same as non-pregnant women, namely herpes simplex virus type 1 (HSV - 1) and herpes simplex virus type 2 (HSV - 2). HSV - 2 was found in nearly 82 % of cases of genital herpes infection, whereas approximately 18 % of cases are found HSV - 1. When transmission occurs in the first trimester of pregnancy, tend to result in abortion, whereas the second trimester premature birth. Genital herpes in pregnancy can also exhibit clinical symptoms by healing itself porses as in non-pregnant women. However, primary infection usually more severe and in some cases accompanied herpetika meningitis, hepatitis or more symptoms.*

Keywords : *Genital Herpes: Pregnancy Period*

Abstrak. Herpes simpleks / herpes genital adalah penyakit menular yang disebabkan oleh Herpes Simplex Virus (HSV). Herpes genitalis seringkali tanpa gejala klinis dan hal tersebut bukan ancaman ringan, terutama bagi wanita hamil yang terinfeksi HSV harus ditangani dengan serius. Yang paling penting dari infeksi virus ini pada wanita hamil adalah efek pada kehamilan itu sendiri dan bayi yang dikandungnya, karena virus dapat melewati plasenta dan menyebabkan gangguan janin. Pada bayi yang lahir dari ibu yang menderita herpes genitalis selama kehamilan, kelainan dapat ditemukan dalam bentuk hepatitis, infeksi berat, ensefalitis, keratokonjungtivitis, erupsi kulit dan vesikula herpestiformis. Herpes simpleks virus yang menyebabkan herpes genital pada kehamilan adalah sama dengan wanita yang tidak hamil, yaitu virus herpes simpleks tipe 1 (HSV - 1) dan virus herpes simpleks tipe 2 (HSV - 2). HSV - 2 ditemukan pada hampir 82 % dari kasus infeksi herpes genital, sedangkan sekitar 18 % kasus ditemukan HSV - 1. Ketika terjadi pada trimester pertama kehamilan, cenderung mengakibatkan aborsi, sedangkan trimester kedua dapat terjadi kelahiran prematur. Herpes genital pada kehamilan juga dapat menunjukkan gejala klinis dan dapat sembuh dengan sendirinya. Namun, infeksi primer biasanya lebih parah dan dalam beberapa kasus disertai herpetika meningitis, hepatitis atau gejala yang lebih luas.

Kata Kunci : *Herpes Genitalis : Masa Kehamilan*

1. Dosen Jurusan Kebidanan Poltekkes Denpasar, 2. Dosen Fakultas Olahraga dan Kesehatan Undiksha

PENDAHULUAN

Herpes simplek/Herpes genitalis merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Herpes Simplex Virus* (HSV). Herpes genitalis acapkali tanpa gejala klinis bukanlah ancaman yang ringan, apalagi bagi wanita hamil. Wanita hamil yang terinfeksi HSV-2 harus ditangani secara serius. Hal terpenting dari infeksi virus ini pada perempuan hamil adalah pengaruhnya terhadap kehamilan itu sendiri dan bayi yang dikandungnya, karena virus dapat menembus plasenta dan menimbulkan gangguan pada janin. Pada bayi yang lahir dari ibu yang menderita herpes genitalis pada waktu kehamilan, dapat ditemukan kelainan berupa hepatitis, infeksi berat, ensepalitis, keratokonjungtivitis, erupsi kulit berupa *vesikel herpestiformis* dan bisa lahir mati.¹

Virus herpes simpleks yang menyebabkan herpes genitalis pada kehamilan sama dengan yang mengenai wanita tidak hamil yaitu *herpes simplex virus* tipe 1 (HSV-1) dan *herpes simplex virus* tipe 2 (HSV-2). HSV-2 didapatkan pada hampir 82% kasus infeksi herpes genitalis, sedangkan pada sekitar 18% kasus lagi ditemukan infeksi HSV-1.² Bila penularan (transmisi) terjadi pada trimester I kehamilan, cenderung mengakibatkan abortus, sedangkan pada trimester II bidan menjadi kelahiran prematur.² Herpes genitalis pada kehamilan dapat pula menunjukkan gejala klinis dengan proses penyembuhan sendiri seperti pada wanita yang tidak hamil. Namun demikian infeksi primer biasanya akan lebih berat dan pada beberapa kasus disertai meningitis herpetika, hepatitis atau gejala yang luas.²

PEMBAHASAN

Definisi herpes genitalis pada kehamilan

Herpes simplek/Herpes genitalis merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh HSV-2 di mukosa alat kelamin dan sebagian kecil HSV-1 di mukosa mulut. Virus Herpes Simplek (HSV) dibedakan menjadi 2 yaitu HSV-1 dan HSV-2, penyebab 82% kasus penyakit kelamin Herpes adalah HSV-2 dengan karakteristik: bagian yang disukai adalah kulit dan selaput lendir pada alat kelamin dan perianal, membentuk bercak verikel-verikel besar, tebal dan terpusat serta secara serologi terdapat antibody anti HSV-2.³

Herpes genitalis pada kehamilan adalah infeksi *herpes simplex virus* (HSV) yang mengenai alat genital dan sekitarnya pada wanita hamil.² Infeksi HSV pada kehamilan difokuska pada : 1). Infeksi HSV utama selama kehamilan yang dihubungkan dengan abortus spontan dan prematuritas. 2). HSV maternal dihubungkan pada ancaman terhadap infeksi neonatal.⁴ Bila pada kehamilan timbul herpes genitalis, perlu mendapat perhatian yang serius, karena melalui plasenta virus dapat sampai ke sirkulasi fetal serta dapat menimbulkan kerusakan atau kematian pada janin. Infeksi neonatal mempunyai angka mortalitas 60%, separuh dari yang hidup, menderita cacat neurologik atau kelainan pada mata.

Epidemiologi

Pada penelitian di Amerika Serikat antara tahun 1989 hingga tahun 1993 didapatkan bahwa sedikitnya 2% wanita hamil mendapatkan infeksi HSV pada saat kehamilannya, lebih sering

pada usia muda (21 tahun) dan pada kehamilan primigravida. Sedangkan frekuensi herpes neonatal adalah 1 per 7500 kelahiran hidup. Bila serokonversi terjadi secara lengkap sebelum proses persalinan tidak didapatkan gangguan terhadap kehamilannya, namun bila infeksi didapatkan pada masa dekat dengan waktu persalinan tampak dari peningkatan morbiditas perinatal serta peningkatan angka kejadian herpes neonatal.^{4,7}

Pada penelitian ini bayi-bayi yang dilahirkan oleh sembilan orang wanita hamil yang mendapatkan infeksi HSV tidak lama sebelum persalinannya, ternyata empat bayi menderita infeksi HSV neonatal dan satu diantaranya meninggal.²

Bila transmisi terjadi pada trimester I cenderung terjadi abortus; sedangkan bila pada trimester II, terjadi prematuritas. Selain itu dapat terjadi transmisi pada saat intrapartum atau pasca partum.^{1,2}

Patogenesis

Penularan herpes genitalis umumnya terjadi melalui kontak seksual. Yang penting diperhatikan adalah bahwa proses penularan (transmisi) virus hanya membutuhkan kontak secara fisik antara virus (HSV-2) dengan lokasi yang sesuai, umumnya membran mukosa atau kulit yang terluka dan virus tersebut juga tidak harus berasal dari suatu lesi di daerah genital.

Wanita hamil yang belum mempunyai antibodi terhadap HSV sebagian besar akan mengalami infeksi herpes genitalis secara klinis bila terpapar pasangan seksual yang mempunyai lesi herpes genitalis aktif. Sedangkan

wanita hamil yang secara serologis tidak menderita infeksi HSV pada awal kehamilannya, namun mempunyai pasangan yang positif HVS-2, sekitar 13% akan menderita herpes genitalis pada saat persalinan. Duapertiganya tidak menunjukkan gejala klinis (asimtomatik) atau setidaknya hanya mempunyai gejala minimal dan tidak dikenali sebagai infeksi HSV baik oleh pasien sendiri maupun oleh petugas medis yang memeriksanya. Herpes genitalis yang didapatkan selama kehamilannya sedikit sekali yang menimbulkan dampak terhadap kehamilannya selama serokonversi terjadi secara lengkap sebelum persalinan.²

Pelepasan virus yang dapat menyebabkan transmisi infeksi pada pasangan seksual atau bayi dapat terjadi setiap saat. Kemungkinan transmisi virus dapat diwaspadai bila didapatkan lesi baik pada episode pertama maupun pada infeksi rekurens. Pelepasan virus dapat juga terjadi selama masa prodromal dengan gejala-gejala seperti tidak enak badan, gatal, rasa terbakar, nyeri atau gejala neuralgia lainnya.^{2,5} Laki-laki yang menderita infeksi HSV harus diberi konseling untuk selalu menggunakan kondom setiap saat bila tidak menginginkan pasangannya menderita infeksi yang sama. Hal ini amat penting terutama bila pasangannya sedang hamil. Perubahan hormonal selama masa kehamilan dapat meningkatkan kepekaan perempuan hamil terhadap infeksi.⁴

Infeksi HSV primer pada masa kehamilan juga akan lebih berat dibandingkan pada wanita tidak hamil. Disamping itu, infeksi primer pada masa kehamilan akan meningkatkan risiko

terjadinya abortus spontan, persalinan preterm, pertumbuhan janin terhambat serta infeksi neonatal seperti ensefalitis, keratokonjungtivitis atau hepatitis, disamping itu dapat juga timbul lesi pada kulit. Beberapa ahli kandungan mengambil sikap partus secara seksio sesaria bila pada saat melahirkan sang ibu menderita infeksi ini. Tindakan ini sebaiknya dilakukan sebelum ketuban pecah atau paling lambat enam jam setelah ketuban pecah.^{5,7}

Infeksi herpes pada neonatal dapat terjadi karena pada masa kontak antara bayi dan virus yang hidup. Infeksi ini dapat terjadi pada masa intrauterine, perinatal ataupun postnatal. Umumnya transmisi dari ibu ke janin terdapat pada masa perinatal. Kontak terjadi pada masa persalinan pada saat janin melewati jalan lahir yang terinfeksi. Pada beberapa kasus transmisi dapat terjadi setelah persalinan bila bayi terpajan pengasuh yang menderita herpes orolabial, lesi herpes di sekitar kuku atau ujung jari atau lesi herpes di daerah lain. Janin dapat terinfeksi saat masih dalam kandungan bila terjadi infeksi ascenden dari serviks atau vulva atau melalui transmisi transplasenta.^{2,4}

Umumnya hal ini lebih sering didapatkan pada infeksi primer karena virus terdapat dalam jumlah yang besar baik pada lesi maupun secara sistemik yang menyertai cetusan awal gejala. Infeksi primer pada trimester pertama dihubungkan dengan peningkatan risiko abortus spontan, namun hingga saat ini belum ada bukti yang menunjukkan peningkatan kejadian embriopatiherpetika atau cacat kongenital pada janin. Wanita hamil yang mengalami infeksi herpes primer pada

trimester pertama kehamilannya harus diyakinkan, bahwa infeksi yang terjadi tersebut bukan merupakan indikasi untuk melakukan terminasi kehamilan. Infeksi primer pada trimester kedua dan ketiga kehamilan juga dihubungkan dengan kejadian persalinan kurang bulan, pertumbuhan janin terhambat, dan transmisi transplasental pada janin.. Infeksi rekurens sendiri tampaknya tidak menunjukkan peningkatan risiko kejadian-kejadian seperti pada infeksi primer.

Transmisi infeksi pada neonatus juga dapat terjadi pada saat proses kelahiran pada periode pelepasan virus asimtomatik khususnya selama infeksi primer. Transmisi intra uterin ditemukan pada 5-8% kasus, sedangkan transmisi perinatal terjadi pada kira-kira 85% kasus. Pelepasan virus terjadi di beberapa tempat pada jalan lahir. Terjadinya infeksi pada janin dari serviks dan vagina lebih besar risikonya dari pada vulva, oleh karena kontak di daerah serviks dan vagina lebih lama. Transmisi virus pada janin tersering pada mata, nasofaring, atau bisa juga di kepala bila memakai alat-alat seperti forsep, vakum dan elektroda kepala. Transmisi pasca persalinan terjadi pada kira-kira 8-10% kasus melalui air susu ibu maupun kontak dengan virus herpes yang berasal dari lesi herpes simpleks (umumnya lesi orolabial) yang diderita oleh orang yang memberikan asuhan pada bayi tersebut.^{4,6}

Risiko penularan infeksi pada bayi baru lahir juga bervariasi sesuai dengan kategori infeksi pada ibu dan jenis persalinan. Bayi yang dilahirkan pervaginam pada saat ibunya mengalami lesi episode pertama (baik infeksi primer

maupun non primer) berisiko mengalami infeksi neonatal sebesar 50%. Bila episode pertama tersebut tanpa gejala (asimtomatik) maka risikonya akan turun hingga 33%. Bila hanya terjadi pajanan pada lesi yang rekuren maka risiko terjadinya transmisi akan turun hingga 4%. Tanpa adanya lesi atau gejala kilinik herpes genitalis maka risiko akan terjadinya penularan virus herpes simplek pada bayi dari seorang ibu yang diketahui mempunyai riwayat herpes genitalis hanya sekitar 0,04%.²

Manifestasi klinik

Infeksi herpes genitalis dapat digolongkan berdasarkan antibodi penderitanya menjadi tiga katagori : infeksi primer, episode pertama infeksi non primer, atau reaktivasi infeksi. Masing-masing kategori infeksi dapat simptomatik dengan gejala prodromal dan lesi yang tampak secara klinis atau asimtomatik dimana terjadi pelepasan virus tanpa adanya gejala atau tanda klinis yang dapat diidentifikasi.²

Manifestasi klinik seperti frekuensi infeksi klinis/subklinis, lamanya lesi, nyeri dan tanda-tanda yang lazim tidak berbeda antara wanita hamil dengan wanita tidak hamil, namun terdapat perbedaan beratnya gejala klinik, insidens servisititis, lama dan tingginya titer virus yang dilepas serta *kemungkinan berkembangnya menjadi viremia antara infeksi primer dengan infeksi rekurens.*

Masa inkubasi yang khas berkisar antara 3 hingga 6 hari sebelum munculnya gejala klinis. Gejala klinis biasanya didahului rasa terbakar dan gatal didaerah lesi yang terjadi beberapa jam sebelum timbulnya lesi.

Lesi pada kulit umumnya di daerah vulva dan perineum berbentuk vesikel berkelompok dengan dasar eritem yang terasa nyeri. Vesikel mudah pecah dan menimbulkan erosi multipel. Umumnya terjadi pula pembesaran kelenjar getah bening di daerah inguinal yang berat. Dapat disertai gejala sistemik seperti malaise, demam, nyeri otot (*Influenza-like syndrome*) yang kemungkinan disebabkan oleh viremia.³ Vesikel di daerah vulva dan perineum mudah sekali pecah dan menimbulkan ulkus namun jarang sekali mengalami infeksi sekunder. Lesi di daerah vulva umumnya sangat nyeri dan menyebabkan pasien sulit bergerak. Sering juga terjadi retensi urin karena rasa nyeri yang muncul bila buang air kecil atau karena keterlibatan sistem syaraf di daerah sakral.⁸

Lesi rekurens dapat terjadi cepat atau lambat, serta gejala yang timbul biasanya lebih ringan, karena telah ada antibodi spesifik dan penyembuhan juga akan lebih cepat. Angka rekurensi herpes genitalis tampaknya tinggi pada wanita hamil dibandingkan dengan wanita tidak hamil, dan angka rekurensi ini juga meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan.⁹ Duapuluhlimapersen wanita dengan riwayat herpes genitalis akan mengalami masa kekambuhan, dimana gejala yang muncul selama bulan-bulan terakhir kehamilan, dan sekitar 11% hingga 14% lagi akan mengalaminya pada saat persalinan. Risiko terjadinya kekambuhan bervariasi sesuai dengan riwayat penyakit sebelumnya. Wanita hamil yang mengalami infeksi primer dan episode pertama herpes genitalis selama kehamilannya akan mempunyai risiko kekambuhan pada saat persalinan sebedar 36%. Wanita hamil yang

didiagnosis menderita herpes genitalis sebelum hamil dan mengalami kurang dari enam kali kaekambuhan setiap tahunnya berisiko kambuh sebesar 13% pada saat persalinan dibandingkan dengan seorang wanita yang mengalami lebih dari enam kali kekambuhan pertahunnya, dengan angka risiko sebesar 25% untuk kambuh pada saat persalinan.^{2,3,4}

Diagnosa

Dalam menangani kasus herpes genitalis, langkah pertama yang dilakukan oleh dokter adalah menegakkan diagnosis yang ditunjang dengan pemeriksaan laboratorium. Diagnosis secara klinis ditegakkan dengan adanya gejala khas berupa vesikel berkelompok dengan dasar eritem dan bersifat rekuren.

Pemeriksaan penunjang untuk membantu diagnosis adalah pemeriksaan laboratorium antara lain :

1. Tes Pap dan tes Tzank dengan pengecatan giemsa atau Wright. Pada pemeriksaan didapatkan badan inklusi intranuklear dan sel raksasa berinti banyak akan menunjang infeksi famili virus herpes.
2. Pemeriksaan serologi terhadap HSV-1 dan HSV-2, tetapi hasil yang ditunjukkan tidak dapat membedakan kedua tipe serologis virus tersebut.
3. Melakukan kultur terhadap virus, cara ini yang paling baik karena lebih sensitive dan spesifik dibandingkan cara-cara lain, namun cara ini mahal dan spesimen harus segera diperiksa. Hasil kultur paling baik bila

dilakukan pengambilan sample dari lesi dalam waktu 72 jam pertama setelah mulainya lesi.

4. Pemeriksaan secara immonologik memakai antibody poliklonal atau monoclonal, misalnya teknik pemeriksaan dengan imunofluoresensi, imunoperoxidase dan ELISA
5. Pemeriksaan DNA *polymerase chain reaction* (PCR) merupakan pemeriksaan yang paling dianjurkan karena dapat mendeteksi DNA virus.

Penatalaksanaan infeksi primer dalam kehamilan

a. Kehamilan trimester pertama dan kedua

Penderita yang telah didiagnosa terkena infeksi genitalis pada masa ini, biasanya oleh dokter segera diobati dengan asiklovir intravena atau per oral sekurang-kurangnya 7 hari tergantung beratnya penyakit. Bila memungkinkan ditentukan tipe spesifik serologiknya untuk menentukan apakah infeksi ini disebabkan HSV-1 atau HSV-2, disamping untuk menentukan apakah gejala ini merupakan infeksi primer, gejala pertama non primer atau episode pertama infeksi rekurens. Keadaan ini akan mempengaruhi penatalaksanaan persalinan karena terdapat perbedaan risiko transmisi HSV pada bayi. Apabila selanjutnya penderita tidak mengalami infeksi rekurens sampai kehamilan aterm maka persalinan dapat berlangsung pervaginam dengan catatan tidak memakai alat, dan mencantumkan riwayat herpes genitalis pada catatan rekam medik dan mendidik pasangan tersebut mengenai herpes neonatal.^{4,5}

b. Kehamilan 30 hingga 34 minggu

Pertama-tama dokter harus menentukan dulu apakah benar si ibu menderita infeksi primer, misalnya dengan menentukan tipe spesifik serologik. Apabila benar dokter akan segera memberikan terapi asiklovir per oral tergantung berat ringannya penyakit atau gejala, atau mulai memberikan asiklovir untuk supresi terus menerus sampai masa persalinan untuk menekan pelepasan virus. Rencana selanjutnya tergantung pada timbul atau tidaknya lesi pada saat persalinan. Apabila lesi timbul pada saat persalinan maka segera lakukan seksio sesarea dan pemberian asiklovir untuk melakukan supresi terhadap lesi. Apabila lesi tidak timbul pada saat persalinan maka persalinan dapat berlangsung pervaginam dengan pemberian asiklovir sebagai terapi supresi pada ibu. Lakukan pemeriksaan kultur virus terhadap ibu dan bayi dalam waktu 12-24 jam dan bayi di observasi. Bila timbul gejala perlu segera diberikan terapi asiklovir.^{4,5}

c. Kehamilan diatas 34 minggu

Terapi yang diberikan adalah terapi asiklovir intravena atau oral tergantung beratnya penyakit dan rencanakan untuk melakukan seksio sesaria mengurangi risiko transmisi virus pada bayi. Didik orang tua tentang herpes neonatus. Apabila dalam persiapan seksio sesarea terjadi persalinan spontan pervaginam buat kultur dari bayi dalam waktu 12-24 jam dan pertimbangkan untuk mulai terapi asiklovir. Apabila hasil kultur negatif, pemberian asiklovir intravena untuk mengobati gejala meskipun belum diketahui apakah akan mempengaruhi transmisi pada neonatus.⁴

Penatalaksanaan infeksi rekurens dalam kehamilan

Pada kasus dengan riwayat infeksi rekurens sebaiknya diberi tanda pada catatan rekam medik ibu dan bayi serta berikan pendidikan tentang penyakit herpes neonatus pada pasangan orang tua tersebut. Pada awal persalinan segera lakukan pemeriksaan untuk mencari lesi herpes. Wanita hamil yang sudah mempunyai pengetahuan tentang infeksi herpes genitalis akan membantu menentukan lokasi lesi sehingga pemeriksa dapat memastikan dengan memakai kaca pembesar. Pemberian asiklovir supresi pada akhir kehamilan (2-4 minggu menjelang persalinan) dengan tujuan mengurangi angka seksio sesarea. Apabila tidak terdapat lesi maka persalinan dapat berlangsung pervaginam karena risiko herpes neonatal rendah. Namun bila bayi menunjukkan gejala herpes neonatal dapat dimulai pemberian asiklovir.^{2,4}

Apabila lesi timbul pada saat persalinan, maka untuk rencana persalinan perlu dipertimbangkan secara matang antara risiko transmisi virus pada bayi dan risiko seksio sesarea pada ibu. Risiko transmisi virus herpes pada bayi saat persalinan pervaginam sangat kecil (kurang dari 3%). Namun demikian pada ibu harus dijelaskan mengenai semua risiko dalam upaya menentukan pilihan cara persalinan. Bila persalinan berlangsung pervaginam dapat diberikan asiklovir supresif, bayi diobservasi dengan ketat untuk tanda-tanda herpes neonatal meskipun risiko transmisi sangat rendah. Apabila timbul herpes neonatal dapat dimulai terapi asiklovir secara empiris.⁴

Pada kasus yang sudah mempunyai indikasi untuk dilahirkan perabdominal dengan seksio sesarea dan didapatkan ketuban pecah dan belum pernah dilakukan pemeriksaan dalam maupun penggunaan alat-alat melalui jalan lahir sebelumnya tidak ada bukti yang menyebutkan bahwa lesi eksternal dapat menyebabkan infeksi asenden pada janin dan selaput janin. Karena itu tindakan seksio sesarea dapat tetap dilakukan tanpa memperhatikan berapa lama masa ketuban pecah kecuali pada kasus immaturitas berat.^{3,4}

Persalinan perabdominal tampaknya menurunkan risiko penularan HSV pada bayi baru lahir dan sejak lama sudah direkomendasikan sebagai pilihan persalinan bila pada ibu didapatkan lesi herpes yang aktif. Namun demikian belum didapatkan data berapa besar seksio sesarea mampu mencegah kejadian herpes genitalis pada bayi baru lahir. Kenyataannya sekitar 20 hingga 30% bayi yang didiagnosis menderita infeksi herpes pada masa neonatal ternyata dilahirkan dengan seksio sesarea. Karena itu amat penting bagi pasien maupun dokter untuk tidak memandang seksio sesarea sebagai cara yang pasti berhasil dalam mencegah transmisi virus herpes pada bayi baru lahir.²

Rekomendasi untuk penatalaksanaan herpes genitalis pada kehamilan dari *American College of Obstetrician and Gynecologist/ACOG* (1988), *Infectious Disease Society for Obstetrics and Gynecology* (1988), dan *Canadian Pediatric Society* (1992) adalah :²

1. Pemeriksaan kultur perlu dilakukan pada wanita hamil dengan lesi yang diduga sebagai

infeksi virus herpes. Bila tidak didapatkan lesi pada saat persalinan, maka persalinan dapat dilakukan pervaginam.

2. Pemeriksaan kultur setiap minggu pada wanita hamil dengan riwayat infeksi virus herpes namun tidak ada lesi tidak perlu dilakukan, dan persalinan tetap dapat secara pervaginam.
3. Amniosites untuk mendiagnosis infeksi pada janin tidak dianjurkan. Karena itu persalinan per abdominal dengan seksio sesarea dapat dilakukan pada kondisi terdapat lesi baik pada infeksi primer maupun rekuren dekat pada masa persalinan, atau bila ketuban pecah, atau ada gejala prodromal pada kasus infeksi rekurens.

Penatalaksanaan bayi lahir dari ibu dengan herpes genitalis

Banyak rumah sakit yang menganjurkan isolasi untuk bayi yang lahir dari ibu dengan herpes genitalis. Kultur virus, pemeriksaan fungsi hati dan cairan serebrospinalis harus dilakukan, serta bayi harus diawasi ketat dalam satu bulan pertama kehidupannya. Spesimen untuk pemeriksaan kultur virus diambil dari konjungtiva, umbilicus, nasofaring, dan setiap lesi kulit yang dicurigai, pada 24-48 jam pertama.¹

Bila ibu mengidap herpes genitalis primer pada saat persalinan pervaginam, harus diberikan profilaksis asiklovir intravena kepada bayi selama 5-7 hari dengan dosis 3 x 10 mg/kgBB/hari.⁵

Infeksi herpes simplek pada neonatus prognosinya buruk bila tidak diobati. Penelitian pengobatan dengan

asiklovir 10 mg/kgBB/hari tiap 8 jam selama 10-21 hari atau Ara-A 30 mg/kgBB/hari menurunkan angka kematian dibandingkan dengan penderita yang tidak mendapatkan pengobatan. Cara pengobatan ini juga dapat mencegah progresivitas penyakit (infeksi herpes pada susunan syaraf pusat atau infeksi diseminata). Oleh karena itu lesi kulit sangat penting untuk menentukan ada/tidaknya infeksi HSV pada neonatus.⁵

Penggunaan terapi antivirus pada masa kehamilan

Saat ini didapatkan tiga jenis terapi antivirus oral untuk infeksi HVS genital yaitu : asiklovir, famsiklovir dan valasiklovir. Ketiganya diindikasikan untuk terapi pada reaktivasi infeksi herpes genitalis. Namun hingga saat ini hanya asiklovir yang diindikasikan untuk pengobatan episode tertama herpes genitalis dan terapi supresi pada reaktivasi. Jika dipakai untuk infeksi primer, obat ini dapat mengurangi durasi penyakit rasa nyeri, dan pembentukan lesi baru dan waktu pemulihan. Obat ini efektif untuk menekan kekambuhan pada pemakaian jangka panjang. Episode awal herpes genitalis pada kehamilan dengan gejala yang berat dianjurkan untuk diberikan asiklovir oral 5 x 200 mg/hari selama 7-10 hari.^{4,5,9} Terapi asiklovir untuk supresi telah terbukti menurunkan angka rekurensi pada pasien yang mengalami enam kali atau lebih reaktivasi per tahun. Terapi ini juga dianjurkan untuk wanita hamil dalam upaya menurunkan kemungkinan rekurensi pada saat persalinan sehingga mengurangi tindakan seksio sesarea atas indikasi gejala HSV aktif pada saat persalinan. Hingga saat ini belum

ada bukti-bukti yang menunjukkan kemungkinan gangguan pada janin yang diakibatkan terapi dengan asiklovir selama kehamilan pada trimester berapapun. Namun demikian rekomendasi dari ACOG, *The Center for Disease Control and Prevention (CDC)* serta pabrik yang memproduksinya sendiri adalah agar asiklovir hanya dipakai pada kasus-kasus infeksi yang sangat parah, dan tidak dipakai untuk terapi pada infeksi rekuren atau untuk terapi supresi terhadap kemungkinan reaktivasi.²

Dosis asiklovir yang pernah diteliti dan diberikan pada wanita hamil dengan episode pertama infeksi herpes genitalis adalah 3 x 400 mg /hari per oral mulai pada usia kehamilan 36 minggu hingga kelahiran. Ternyata tidak ada diantara pasien yang diteliti tersebut yang mengalami infeksi rekuren saat persalinan. Lebih jauh lagi pemberian asiklovir ternyata tidak meningkatkan angka kejadian pelepasan virus asimtomatik. Penelitian lain menyimpulkan bahwa pemberian asiklovir 3 x 200 hingga 400 mg sehari ditoleransi sangat baik pada kehamilan trimester akhir. Asiklovir akan didapatkan pada cairan ketuban namun tidak terakumulasi atau menyebabkan gangguan pada janin. Asiklovir juga dapat melewati plasenta dengan cara transportasi aktif.^{2,6}

Simpulan

Herpes genitalis pada kehamilan adalah infeksi herpes simpleks virus (HSV) yang mengenai alat genital dan sekitarnya pada wanita hamil. Bila pada kehamilan timbul herpes genitalis, perlu mendapat perhatian yang serius, karena

melalui plasenta virus dapat sampai ke sirkulasi fetal serta dapat menimbulkan kerusakan atau kematian pada janin. Pada penelitian di Amerika Serikat antara tahun 1989 hingga tahun 1993 mendapatkan bahwa sedikitnya 2% wanita hamil mendapatkan infeksi HSV pada saat kehamilannya. Bila serokonversi terjadi secara lengkap sebelum proses persalinan tidak didapatkan gangguan terhadap kehamilannya, namun bila infeksi didapatkan pada masa dekat dengan waktu persalinan tampak dari peningkatan morbiditas perinatal serta peningkatan angka kejadian herpes neonatal.

Wanita hamil yang belum mempunyai antibodi terhadap HSV, sebagian besar akan mengalami infeksi herpes genitalis secara klinis, bila terpapar pasangan seksual yang mempunyai lesi herpes genitalis aktif. Sedangkan wanita hamil yang secara serologis tidak menderita infeksi HSV pada awal kehamilannya namun mempunyai pasangan positif terhadap HSV-2 sekitar 13% akan menderita herpes genitalis pada saat persalinan dengan dua pertiganya tidak menunjukkan gejala klinis (asimtomatik)

Infeksi herpes pada neonatal dapat terjadi karena pada masa kontak antara bayi dan virus yang hidup. Infeksi ini dapat terjadi pada masa intrauterine, perinatal ataupun postnatal. Umumnya transmisi dari ibu ke janin terdapat pada masa perinatal. Risiko penularan infeksi pada bayi baru lahir juga bervariasi sesuai dengan katagori infeksi pada ibu dan jenis persalinan.

Penatalaksanaan infeksi primer dalam kehamilan, pertama-tama harus ditentukan dulu apakah benar si ibu

menderita infeksi primer, misalnya dengan menentukan tipe spesifik serologik. Apabila benar segera berikan terapi asiklovir per oral tergantung berat ringannya penyakit atau gejala.

Pada kasus dengan riwayat infeksi rekurens sebaiknya diberi tanda pada catatan rekam medik ibu dan bayi dan berikan pendidikan tentang penyakit herpes neonatus pada pasangan orang tua tersebut. Pada awal persalinan segera lakukan pemeriksaan untuk mencari lesi herpes.

Pemberian asiklovir supresi pada akhir kehamilan (2-4 minggu menjelang persalinan) dengan tujuan mengurangi angka seksio sesarea. Apabila tidak terdapat lesi maka persalinan dapat berlangsung pervaginam karena risiko herpes neonatal rendah. Namun bila bayi menunjukkan gejala herpes neonatal dapat dimulai pemberian asiklovir. Bila ibu mengidap herpes genitalis primer pada saat persalinan pervaginam, harus diberikan profilaksis asiklovir intravena kepada bayi selama 5-7 hari dengan dosis $3 \times 10 \text{ mg/kgBB/hari}$.

Tiga jenis terapi antivirus oral untuk infeksi HSV genital yaitu : asiklovir, famsiklovir dan valasiklovir. Ketiganya diindikasikan untuk terapi pada reaktivasi infeksi herpes genitalis. Dosis asiklovir yang pernah diteliti dan diberikan pada wanita hamil dengan episode pertama infeksi herpes genitalis adalah $3 \times 400 \text{ mg /hari}$ per oral mulai pada usia kehamilan 36 minggu hingga kelahiran.

Daftar Pustaka

1. Djuanda, A., editor. Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin. Edisi ke-3. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas

- Kedokteran Universitas Indonesia ; 2002.
2. Daili, F.A., dkk, editor. Infeksi Menular Seksual. Edisi ke-3. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia ; 2005.
 3. World Health Organization. Sexually Transmitted Diseases And Other Reproductive Tract Infections ; A Guide To Essential Practice. Available: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241592656.pdf>. Accessed: November 7th 2012 ; 2005.
 4. Klausner, J.D., Hook III, E.W., editors. A Lange Medical Book ; Current Diagnosis And Treatment Of Sexually Transmitted Diseases. International edition. United States Of America: The McGraw-Hill Companies, Inc ; 2007.
 5. Anonim. Infeksi Saluran Reproduksi (ISR) Dan Penyakit Menular Seksual (PMS). Available: <http://lenteraimpian.wordpress.com/2010/02/24/pelvicinflammatory-disease-pid-penyakit-radang-panggul-prp/>. Accessed: November 7th 2010 ; 2008.
 6. Cunnningham, F.G., et al. Penyakit Menular Seksual. In: Williams Obstetrics. Edisi ke-21, Volume ke-2. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC. page 1662-1694 ; 2006.
 7. Holmes, K.K., Adimora, A.A., editors. Sexually Transmitted Diseases. 2nd edition. Singapore: The McGraw-Hill Companies, Inc ; 1994.
 8. Krieger, J.N. Sexually Transmitted Diseases. In: Tanagho, E.A., McAninch, J.W., editors. A Lange Medical Book ; Smith's General Urology. 17th edition. United States Of America: The McGraw-Hill Companies, Inc. page 235-245 ; 2008.