



# KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

## DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

Jalan H.R. Rasuna Said Blok X5 Kavling 4-9 Jakarta 12950

Telepon : (021) 5201590 (*Hunting*), Faksimile : (021) 5261814, 5203872

Website: [www.yankes.kemkes.go.id](http://www.yankes.kemkes.go.id)



Nomor : *YP.02.03/IV/1633/2022* 9 Mei 2022  
Lampiran : satu berkas  
Hal : Tatalaksana dan Alur Rujukan Hepatitis Akut *Unknown Etiology*

Yth.

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten / Kota
2. Direktur Utama / Direktur / Kepala Rumah Sakit
3. Kepala Puskesmas/Klinik dan Dokter Praktek Mandiri di Seluruh Indonesia

Sehubungan dengan kewaspadaan Hepatitis Akut *Unkwon Etiology* yang saat ini menjadi perhatian di beberapa negara termasuk di Indonesia, maka dengan ini disampaikan :

1. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Puskesmas/Klinik/Dokter Praktek Mandiri) dan Rumah Sakit untuk meningkatkan kewaspadaan pemeriksaan dan penanganan pasien yang memiliki gejala-gejala Hepatitis Akut.
2. FKTP dan Rumah Sakit untuk meningkatkan kapasitas dan kompetensi dalam pemeriksaan laboratorium dan penanganan klinis Hepatitis Akut sesuai kompetensi minimal dan kebutuhan medis pasien.
3. Untuk tatalaksana dan Alur Rujukan bagi pasien Hepatitis Akut *Unknown Etiology* dapat mengikuti sesuai terlampir.
4. Tatalaksana dan Alur Rujukan akan dilakukan perbarui sesuai dengan perkembangan pengetahuan dan tatalaksana Hepatitis Akut *Unkwon Etiology*.
5. Prosedur rujukan pasien dihimbau menggunakan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)

Demikian disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan,



Prof. dr. Abdul Kadir, Ph.D, Sp.THT-KL(K), MARS  
NIP 196205231989031001

Tembusan :

1. Menteri Kesehatan (sebagai laporan)
2. Wakil Menteri Kesehatan
3. Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan
4. Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

## ALUR RUJUKAN PASIEN HEPATITIS AKUT *UNKNOWN ETIOLOGY*

**Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Puskesmas/Klinik/Dokter Praktek Mandiri)** menemukan pasien anak  $\leq 16$  tahun dengan gejala prodromal (pre ikterik):

- Demam
- Mual/ muntah
- Sakit perut akut
- Diare akut
- Lesu/ malaise
- Myalgia/ arthralgia

Disertai atau tidak disertai keluhan respirasi.

Disertai atau tidak disertai dengan gejala ikterus (stadium ikterik) atau penurunan kesadaran/kejang

Tidak mampu melakukan pemeriksaan SGPT (ALT) dan SGOT (AST)

Mampu melakukan pemeriksaan SGPT (ALT) dan SGOT (AST)

SGPT dan atau SGOT  $> 500$  U/L

SGPT dan SGOT  $< 500$  U/L

**RUJUKAN DI UTAMAKAN MENGGUNAKAN SISROUTE**

**Rujuk ke Rumah Sakit :**

- Mampu melakukan monitoring dan tatalaksana terapi
- Mampu melakukan pemeriksaan laboratorium atau merujuk ke Laboratorium Klinik pemeriksaan: SGPT dan SGOT, IgM anti-HAV, HbsAg, IgM anti-HBc, Anti-HCV atau HCV RNA.

Pemeriksaan optional/bila mampu :

- IgM anti-HDV
- IgM anti-HEV

Observasi SGPT dan SGOT berkala dan tatalaksana

### PROBABLE HEPATITIS AKUT *UNKNOWN ETIOLOGY*

Tanpa penurunan kesadaran

Dengan penurunan kesadaran

INR  $< 2$

INR  $\geq 2$

INR  $> 1,5$

INR  $< 1,5$

Rawat ruang isolasi/HCU

### HEPATITIS FULMINAN

- Rawat di ruang PICU atau
- Rujuk ke RS Fasilitas PICU

Rawat ruang isolasi/HCU

**Penegakan Diagnosis dan Tatalaksana Terapi berpedoman pada rekomendasi Organisasi Profesi/IDAI**

**Terapi Plasmapheresis (Therapy Plasma Exchange)** dapat dirujuk ke Rumah Sakit vertikal, Rumah Sakit rujukan nasional, dan Rumah Sakit lain yang sudah memiliki mesin apheresis.

Alur Rujukan akan diperbarui sesuai perubahan/perkembangan prosedur dan tatalaksana terkini.

Diterbitkan oleh Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI (9 Mei 2022)

Kontributor : Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI)

## KOMPETENSI RUMAH SAKIT RUJUKAN HEPATITIS AKUT *UNKNOWN ETIOLOGY*

KEBUTUHAN MEDIS PASIEN	JENIS KOMPETENSI	SARANA PRASARAN DAN ALKES	SDM	LABORATORIUM
Hepatitis Akut Ringan-Sedang	RS Memiliki Ruang Isolasi	Ruang Isolasi Tanpa Tekanan Negatif	Dokter Spesialis Anak	<ul style="list-style-type: none"> <li>Periksa hematologi rutin, elektrolit, ALT (SGPT), AST (SGOT), Feritin, PT, INR, albumin, globulin, bilirubin total dan direk, glukosa darah, amoniak (ureum), serologi SARS-CoV-2, PCR SARS-CoV2, IgG total, IgM HSV 1 dan 2, IgM CMV, biakan darah, prokalsitonin, NS1/serologi dengue, serologi leptospira, atau penyebab lainnya sesuai indikasi</li> <li>Swab tenggorok, swab anal, dan spesimen feses untuk pemeriksaan panel virus</li> <li>Fasilitas pemeriksaan laboratorium lainnya untuk tindakan2 khusus.</li> <li>Pemeriksaan Sampel Laboratorium dapat bekerjasama dengan Laboratorium Klinik.</li> <li>Mesin Apheresis dapat bekerjasama dengan PMI yang memiliki peralatan tersebut.</li> </ul>
Hepatitis Akut Berat tanpa atau dengan Penurunan Kesadaran	RS Memiliki Ruang HCU	High Care Unit (HCU)	Dokter Spesialis Anak, atau Dokter Spesialis Anak Konsultan Gastrohepatologi Anak	
Hepatitis Fulminan	RS Memiliki Ruang PICU	Pediatric Care Unit (PICU)	Dokter Spesialis Anak dengan kompetensi PICU dan atau Dokter Spesialis Anak Konsultan Gastrohepatologi, Perawat terlatih	
Terapi Plasmapheresis	RS Mampu Plasmapheresis	Mesin Apheresis	Tim Plasmapheresis RS (Dokter Spesialis anak subspesialis Emergensi dan Rawat Intensif Anak (ERIA) dan atau Dokter Spesialis Anak Konsultan Gastrohepatologi Anak, Dokter Patologi Klinik, perawat terlatih, dll)	

Alur Rujukan akan diperbarui sesuai perubahan/perkembangan prosedur dan tatalaksana terkini.

Diterbitkan oleh Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI (9 Mei 2022)

Kontributor : Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI)



**FORMULIR PELAPORAN PERAWATAN PASIEN HEPATITIS AKUT YANG TIDAK DIKETAHUI ETIOLOGINYA  
(ACUTE HEPATITIS OF UNKNOWN ETIOLOGY) YANG DILAPORKAN MELALUI SIRS ONLINE**

A. Informasi Pasien			
Nama pasien	:		
NIK	:		
Nama orang tua/ KK	:		
No. HP	:		
Tgl Lahir	:		Umur : ... thn, .... Bln
Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Laki-laki	<input type="checkbox"/> Perempuan
Alamat domisili pasien	:		

B. Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik			
BB : ... (kg)	TB: ... (cm)	TD :	Nadi : RR:
Tingkat Kesadaran : Composmentis/Delirium/Somnolen/Sopor/Koma			
Gejala	Ya/Tidak/Tidak Tahu	Tanggal Mulai Gejala	Keterangan
Demam	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		.... °C <input type="checkbox"/> Riwayat Demam
Mual	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Muntah akut	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Diare akut	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Nyeri bagian perut	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Perubahan warna feses (pucat)	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Malaise/letargi	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Perubahan warna urin (gelap)	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Jaundice pada sklera dan kulit	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Arthralgia/myalgia	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Pruritis (gatal)	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Kehilangan nafsu makan	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Sesak nafas	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Lainnya, sebutkan	: .....		
Pemeriksaan Fisik :			
Sklera Ikterik	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Kulit ikterik	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Hepatomegali	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, Ukuran :		
Nyeri tekan abdomen	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Paru : Ronki	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Tanda dehidrasi	.....		
Tanda-tanda perdarahan	.....		

### C. Riwayat Penyakit Sebelumnya

Penyakit Defisiensi Imun	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
COVID-19	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
DBD	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Demam Tifoid	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Lainnya (sebutkan)	: ....

### D. Pemeriksaan Penunjang

No.	Sampel	Jenis Pemeriksaan	Tanggal pengambilan	Hasil
1	Darah	Hematologi rutin		
		SGOT dan SGPT		
		Bilirubin total dan direk		
		Urin lengkap		
		PT ( <i>Prothrombin Time</i> )/ INR * (bila perlu)		
		Albumin		
		Gula darah sewaktu		
		Amoniak darah		
		Elektrolit		
		CRP		
		Prokalsitonin * (bila perlu)		
		Pemeriksaan pencitraan yang diperlukan sesuai klinis * (bila perlu)		
2	Feses	Pemeriksaan feses rutin		
3	Urin	Pemeriksaan urin		
4	Cairan Serebrospinal	Pemeriksaan cairan serebrospinal (jika ada kejang/penurunan kesadaran)		
5	Jaringan hati	Biopsi hati		

### E. Pemeriksaan untuk Penetapan Etiologi

No.	Sampel	Jenis Pemeriksaan	Tanggal pengambilan	Hasil
1	Darah	IgM dan IgG anti-SARS-CoV-2		
		IgM anti HAV		
		HBs Ag (dengan test serologi atau rapid)		
		IgM anti-HBc (bila HBsAg reaktif)		
		IgM anti HCV		
		IgM anti-HDV (bila HBsAg reaktif) atau PCR HDV RNA		

### E. Pemeriksaan untuk Penetapan Etiologi

		IgM anti-HEV		
		IgM HSV 1 dan 2		
		IgM CMV		
		Biakan darah		
		Pemeriksaan untuk menyingkirkan diagnosis DBD (NS1) dan demam tifoid (anti Salmonella) dan sesuai penilaian klinisi		
		Lain-lain (termasuk PCR adenovirus 40/41, Epstein Barr Virus, dll) * bila sudah ditetapkan		
2	Cairan Nasofaring dan orofaring	PCR SARS-CoV-2		

### F. Tatalaksana

No	Ruangan	Indikasi	Tatalaksana
1	Ruang isolasi	Hepatitis akut berat	
2	Intensif (NICU/PICU)	Hepatitis Fulminan	