

**WANITA USIA 32 TAHUN G1P0A0 UK 38-39 MINGGU DENGAN INDIKASI
PREEKLAMPSI BERAT DI SRUD DR. SAYIDIMAN MAGETAN: LAPORAN KASUS**

Nanda Meida *, Edy Susanto **

* Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

** Bagian Obstetri & Ginekologi, RSUD dr. Sayidiman Magetan

Korespondensi: Nanda Meida (nandameida96@gmail.com)

ABSTRAK

Preeklampsia didefinisikan sebagai hipertensi yang baru terjadi pada kehamilan / diatas usia kehamilan 20 minggu disertai adanya gangguan organ. Jika hanya didapatkan hipertensi saja, kondisi tersebut tidak dapat disamakan dengan preeklampsia, harus didapatkan gangguan organ spesifik akibat preeklampsia tersebut, atau gejala preeklampsia dapat terjadi pada beberapa wanita tanpa adanya proteinuria. Menurut World Health Organization (WHO), hipertensi dalam kehamilan masih merupakan salah satu dari lima penyebab utama kematian ibu di dunia, yaitu berkisar 12%. Di negara berkembang insidensi preeklampsia sekitar 3-10% dan eklampsia 0,3-0,7% kehamilan. Di Indonesia, Preeklampsia menempati urutan kedua sebagai penyebab kematian ibu setelah perdarahan. Klasifikasi hipertensi menurut ACOG 2013 yaitu preeklampsia-eklampsia, hipertensi kronis, superimposed preeklampsia, hipertensi gestasioanl. Pada kasus ini wanita usia 32 tahun G1P0A0 uk 38-39 minggu dengan keluhan kenceng-kenceng dan keluar lendir darah, keadaan umum tampak compos mentis E4V5M6, tekanan darah 180/100 mmHg, nadi 82 kali/menit, respirasi 22 kali/menit, suhu badan 36,5°C. Status obstetrik didapatkan hasil TFU 30 cm, TBJ 2790 gr, punggung bokong, punggung kiri, kepala rapat, his (+) jarang, DJJ 140x/menit. Pemeriksaan VT vulva/vagina tidak apa-apa, pembukaan (-), bloodslym (+). Pemeriksaan urinalisis didapatkan hasil protein +3. Pasien diberikan SM full dose, injeksi sefuroxim 1,5 gr, Nifedipine 3x10 mg, Asam mefenamat 3x500mg. Kesimpulan Preeklampsia berat harus terminasi setelah stabilisasi.

Kata Kunci: Preeklampsia Berat

ABSTRACT

Preeclampsia is defined as a new hypertension in pregnancy/over the age of pregnancy 20 weeks accompanied by organ disorders. If only obtained hypertension, the condition can not be confused with the Preeclampsia, should be obtained a specific organ disorders due to the preeclampsia, or symptoms of preeclampsia can occur in some women without proteinuria. According to the World Health Organization (WHO), hypertension in pregnancy is still one of the five main causes of maternal mortality in the world, which is around 12%. In developing countries preeclampsia incidence of about 3-10% and eclampsia 0.3-0.7% pregnancy. In Indonesia, preeclampsia ranks second as the cause of maternal death after bleeding. Classification of hypertension According to ACOG 2013 namely preeclampsia-eclampsia, chronic hypertension, should preeclampsia, gestasioanl hypertension. In this case, a 32 years old woman in G1P0A0 38-39 weeks gestational age with complaints about pain and bloody mucus, the general condition was compos mentis E4V5M6, blood pressure 180/100 mmHg, pulse 82 times / minute, respiration 22 times / minute, temperature body 36,5°C. Obstetric status obtained results of 30 cm TFU, 2790 gr TBJ, buttock back, left back, head pressed, his (+) rarely, DJJ 140x / minute. Vulvar / vaginal VT examination is okay, opening (-), bloodslym (+). Urinalysis examination results obtained protein +3. Patients were given full dose SM, 1.5 gram injection of cefuroxim, Nifedipine 3x10 mg, mefenamic acid 3x500mg. Conclusion Severe preeclampsia must be terminated after stabilization.

Keywords: Severe Preeclampsia

PENDAHULUAN

Preeklampsia didefinisikan sebagai hipertensi yang baru terjadi pada kehamilan / diatas usia kehamilan 20 minggu disertai adanya gangguan organ. Jika hanya didapatkan hipertensi saja, kondisi tersebut tidak dapat disamakan dengan preeklampsia, harus didapatkan gangguan organ spesifik akibat preeklampsia tersebut, atau gejala preeklampsia dapat terjadi pada beberapa wanita tanpa adanya proteinuria.

Menurut World Health Organization (WHO), hipertensi dalam kehamilan masih merupakan salah satu dari lima penyebab utama kematian ibu di dunia, yaitu berkisar 12%. Di negara berkembang insidensi preeklampsia sekitar 3-10% dan eklampsia 0,3-0,7% kehamilan. Di Indonesia, Preeklampsia menempati urutan kedua sebagai penyebab kematian ibu setelah perdarahan.

LAPORAN KASUS

Seorang wanita berusia 32 tahun datang ke Instalasi Gawat Darurat di RSUD dr. Sayidiman Magetan dengan keluhan kencang-kencang mulai tadi malam pukul 00.00, keluar lendir darah tadi pagi pukul 05.30, pasien belum diperiksa ketempat lain sebelumnya melainkan langsung dibawa ke RSUD dr. Sayidiman.

Pada hasil pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah 180/100 mmHg, nadi 82x/menit, reguler, frekuensi nafas 22x/menit, dan suhu yaitu 36,5°C. Kondisi umum pasien tampak sakit ringan dengan VAS skor yaitu 2 dan GCS 4/5. Pada pemeriksaan kepala didapatkan konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-), pupil reflek (+/+),

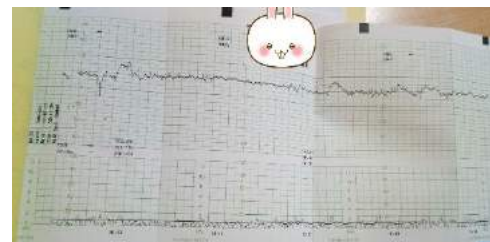
respon cahaya (+/+), lidah kotor (-), mimisan (-), gusi berdarah (-). Pemeriksaan leher yaitu pembesaran limfonodi (-), pembesaran kelenjar tiroid (-).

Pada hasil pemeriksaan dada, hasil jantung adalah murmur (-), gallop (-). Hasil pemeriksaan paru-paru yaitu simetris, ronkhi (-/-), wheezing (-/-). Status obstetrik didapatkan hasil TFU 30 cm, TBJ 2790 gr, punggung bokong, punggung kiri, kepala rapat, his (+) jarang, DJJ 140x/menit. Pemeriksaan VT vulva/vagina tidak apa-apa, pembukaan (-), bloodslym (+). Pemeriksaan ekskremetas yaitu oedema (+/+), akral hangat (+/+).

Hasil dari pemeriksaan laboratorium, terdapat leukosit $9,21 \times 10^3/uL$, hemoglobin 11,3 g/dl m, hematokrit 35,0%. MCV 78,7 fL, MCH 25.4 pg, trombosit $157 \times 10^3/uL$, HbsAg negatif.

Pemeriksaan urinalisis didapatkan Leukosit negatif, nitrit negatif, bilirubin negatif, protein +3, glukosa negatif, urobilinogen 3,2 umol/L, keton +2.

Pada pemeriksaan NST didapatkan hasil DJJ 140x/menit.



Gambar 1. Hasil NST Pasien

PEMBAHASAN

DEFINISI

Preeklampsia didefinisikan sebagai hipertensi yang baru terjadi pada kehamilan / diatas usia kehamilan 20 minggu disertai adanya gangguan organ.

Jika hanya didapatkan hipertensi saja, kondisi tersebut tidak dapat disamakan dengan preeklampsia, harus didapatkan gangguan organ spesifik akibat preeklampsia tersebut, atau gejala preeklampsia dapat terjadi pada beberapa wanita tanpa adanya proteinuria.

EPIDEMIOLOGI

Menurut World Health Organization (WHO), hipertensi dalam kehamilan masih merupakan salah satu dari lima penyebab utama kematian ibu di dunia, yaitu berkisar 12%. Di negara berkembang insidensi preeklampsia sekitar 3-10% dan eklampsia 0,3-0,7% kehamilan. Di Indonesia, Preeklampsia menempati urutan kedua sebagai penyebab kematian ibu setelah perdarahan.

KLASIFIKASI HIPERTENSI DALAM KEHAMILAN ACOG 2013

1. Preeklampsia - eklampsia
2. Hipertensi kronis : Hipertensi yang terjadi sebelum kehamilan atau sebelum UK 20 minggu
3. Superimposed preeklampsia : Kondisi hipertensi yang memberat setelah kehamilan 20 minggu disertai tanda tanda preeklampsia
4. Hipertensi gestasional : hipertensi yang terjadi sesudah usia kehamilan 20 minggu tanpa disertai tanda-tanda preeklampsia

FAKTOR RISIKO PREEKLAMPSIA

1. Nuliparitas
2. Kehamilan
3. Multifetal

4. Preeklampsia pada kehamilan sebelumnya
5. Hipertensi kronis
6. Diabetes pregestasional
7. Diabetes gestasional
8. Trombofilia
9. Lupus Erythematosus sistemil
10. IMT sebelum hamil >30
11. Sindrom antibody
12. Antifosfolipid
13. Usia ibu >35 th atau lebih
14. Penyakit ginjal
15. Apneu tidur obstruktif

KRITERIA DIAGNOSTIK PREEKLAMPSIA

Kriteria Preeklampsia:

- Hipertensi :Tekanan darah sekurang-kurangnya 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama
- Protein urin :Protein urin melebihi 300 mg dalam 24 jam atau tes urin dipstik > +1
Jika tidak didapatkan protein urin, hipertensi dapat diikuti salah satu dibawah ini:
- Trombositopeni :Trombosit < 100.000 / microliter
- Gangguan ginjal :Kreatinin serum diatas 1,1 mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum dari sebelumnya pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya

- Gangguan Liver :Peningkatan konsentrasi transaminase 2 kali normal dan atau adanya nyeri di daerah epigastrik / regio kanan atas abdomen
- Edema Paru
- Gejala Neurologis :Stroke, nyeri kepala, gangguan visus
- Gangguan Sirkulasi
- Uteroplasenta :Oligohidramnion, Fetal Growth Restriction (FGR) atau didapatkan adanya absent or reversed end diastolic velocity (ARDV)

Kriteria Preeklampsia berat

(diagnosis preeklampsia dipenuhi dan jika didapatkan salah satu kondisi klinis dibawah ini) :

- Hipertensi :Tekanan darah sekurang-kurangnya 160 mmHg sistolik atau 110 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama
 - Trombositopeni :Trombosit < 100.000 / microliter
 - Gangguan ginjal :Kreatinin serum diatas 1,1 mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum dari sebelumnya pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya
 - Gangguan Liver :Peningkatan konsentrasi transaminase 2 kali normal dan atau adanya nyeri di daerah epigastrik / regio kanan atas abdomen
 - Edema Paru
 - Gejala Neurologis :Stroke, nyeri kepala, gangguan visus
 - Gangguan Sirkulasi
- Uteroplasenta :Oligohidramnion, Fetal Growth Restriction (FGR) atau didapatkan adanya absent or reversed end diastolic velocity (ARDV)

PENENTUAN PROTEINURI

Proteinuria ditegakkan jika didapatkan secara kuantitatif produksi protein urin lebih dari 300 mg per 24 jam, namun jika hal ini tidak dapat dilakukan, pemeriksaan dapat digantikan dengan pemeriksaan Semikuantitatif menggunakan dipstik urin > 1+.

Kebanyakan kasus preeklampsia ditegakkan dengan adanya protein urin, namun jika protein urin tidak didapatkan, salah satu gejala dan gangguan lain dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis preeklampsia, yaitu:

1. Trombositopenia : trombosit < 100.000 / mikroliter
2. Gangguan ginjal : kreatinin serum >1,1 mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya
3. Gangguan liver : peningkatan konsentrasi transaminase 2 kali normal dan atau adanya nyeri di daerah epigastrik / regio kanan atas abdomen
4. Edema Paru
5. Didapatkan gejala neurologis : stroke, nyeri kepala, gangguan visus (mata kabur,dll)
6. Gangguan pertumbuhan janin yang menjadi tanda gangguan

sirkulasi uteroplasenta :
Oligohidramnion, Fetal Growth
Restriction (FGR) atau
didapatkan adanya absent or
reversed end diastolic velocity
(ARDV)

PENCEGAHAN

1. Terminologi umum
'pencegahan' dibagi menjadi 3
(tiga) yaitu: primer, sekunder,
tersier.
2. Pencegahan primer artinya
menghindari terjadinya penyakit.
3. Pencegahan sekunder dalam
konteks preeklampsia berarti
memutus proses terjadinya
penyakit yang sedang
berlangsung sebelum timbul
gejala atau kedaruratan klinis
karena penyakit tersebut.
4. Pencegahan tersier berarti
pencegahan dari komplikasi
yang disebabkan oleh proses
penyakit, sehingga pencegahan
ini juga merupakan tata laksana.

Pencegahan Primer:

Rekomendasi:

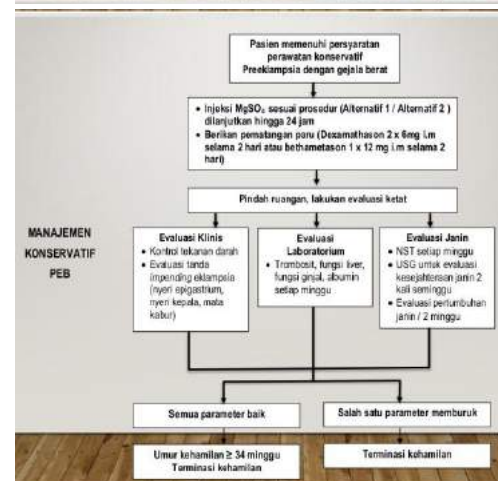
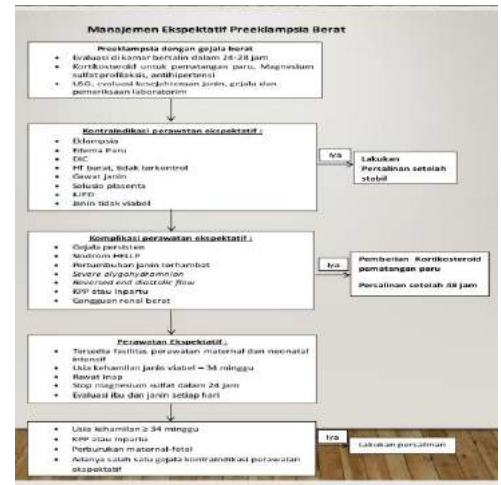
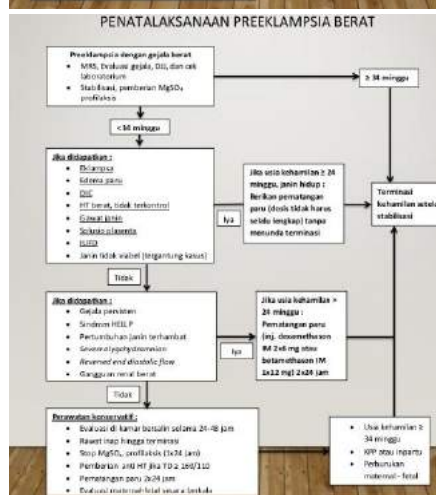
1. Perlu dilakukan skrining risiko
terjadinya preeklampsia untuk
setiap wanita hamil sejak awal
kehamilannya
2. Pemeriksaan skrining
preeklampsia selain
menggunakan riwayat medis
pasien seperti penggunaan
biomarker dan USG Doppler
Velocimetry masih belum dapat
direkomendasikan secara rutin,
sampai metode skrining tersebut
terbukti meningkatkan luaran
kehamilan

Pencegahan sekunder:

Rekomendasi:

1. Istirahat di rumah 4jam/hari, atau
Istirahat dirumah 15 menit
2x/hari ditambah suplementasi
nutrisi juga menurunkan risiko
preeklampsia. (tidak di
rekomendasikan untuk
pencegahan primer
preeklampsia)
2. Tirah baring tidak
direkomendasikan untuk
memperbaiki luaran pada wanita
hamil dengan hipertensi (dengan
atau tanpa proteinuria)
3. Pembatasan garam untuk
mencegah preeklampsia dan
komplikasinya selama
kehamilan tidak
direkomendasikan
4. Penggunaan aspirin dosis rendah
(75mg/hari) direkomendasikan
untuk prevensi preeklampsia
pada wanita dengan risiko tinggi
5. Aspirin dosis rendah sebagai
prevensi preeklampsia sebaiknya
mulai digunakan sebelum usia
kehamilan 20 minggu
6. Suplementasi kalsium minimal 1
g/hari direkomendasikan
terutama pada wanita dengan
asupan kalsium yang rendah
7. Penggunaan aspirin dosis rendah
dan suplemen kalsium (minimal
1g/hari) direkomendasikan
sebagai prevensi preeklampsia
pada wanita dengan risiko tinggi
terjadinya preeklampsia
8. Pemberian vitamin C dan E tidak
direkomendasikan untuk
diberikan dalam pencegahan
preeklampsia.

TATALAKSANA



Gambar 2. Tatalaksana Preeklampsia & Preeklampsia Berat

ANTI HIPERTENSI

Indikasi utama pemberian anti hipertensi Pada kehamilan adalah untuk keselamatan ibu dan mencegah penyakit serebrovaskuler

- Obat anti hipertensi diberikan bila tekanan darah > 160/110 mmHg (II/A)
- Pemberian anti hipertensi pilihan pertama adalah nifedipin oral, hydralazine, dan labetalol parenteral (I/A)
- Alternatif anti hipertensi yang lain adalah: nitroglicerine, metildopa, labetalol (I/B)

MAGNESIUM SULFAT

- Direkomendasikan sebagai terapi lini pertama preeklamsia / eklamsia
- Direkomendasikan sebagai profilaksis terhadap eklamsia pada Pasien preeklamsia berat (I/A)
- Merupakan pilihan utama pada Pasien preeklamsia berat dibandingkan diazepam atau fenitoin untuk mencegah terjadinya kejang atau kejang berulang (1a/A)

DOSIS DAN CARA PEMBERIAN MgSO₄:

- Loading dose : 4 g MgSO₄ 40% dalam 100 cc NaCL : habis dalam 30 menit (73 tts / menit)
- Maintenance dose : 6 gr MgSO₄ 40% dalam 500 cc Ringer Laktat selama 6 jam : (28 tts/menit)
- Awasi : volume urine, frekuensi nafas, dan reflex patella setiap jam
- Pastikan tidak ada tanda-tanda intoksikasi magnesium pada setiap pemberian MgSO₄ ulangan
- Bila ada kejang ulangan : berikan 2g MgSO₄ 40%, IV

KOMPLIKASI

1. Wanita dengan riwayat preeklamsia memiliki risiko penyakit kardiovaskuler, termasuk 4x peningkatan risiko hipertensi, dan 2x risiko penyakit jantung iskemik, stroke, dan DVT di masa yang akan datang
2. Risiko kematian pada wanita dengan riwayat preeklamsia lebih tinggi , termasuk

disebabkan oleh penyakit serebrovaskuler

DAFTAR PUSTAKA

Task Force on Hypertension in Pregnancy, American College of Obstetricians and Gynecologist. Hypertension in Pregnancy. Washington: ACOG. 2013

Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy Working Group, Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy: Executive Summary. Journal of Obstetrics Gynecology Canada. 2014; 36(5); 416-438

Dekker G, Sibai BM. Primary, secondary, and tertiary prevention of pre-eclampsia. Lancet 2001;357:209-15

Baha M. Sibai JRB. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: patient selection, treatment, and delivery indications. Am J Obstet Gynecol. 2007;196:514e-.e9

Churchill D DL. Interventionist versus expectant care for severe preeclampsia before term (Review). Cochrane database. 2010:1-19

Brenda J Wilson MSW, Gordon J Prescott, Sarah Sunderland, Doris M Campbell, et al.

Hypertensive diseases of pregnancy and risk of hypertension and stroke in later life: results from cohort study. bmjcom. 2003;326(845).

Marielle G. Van Pampus JGA. Long term outcomes after preeclampsia. Clin Obstet and Gynecol. 2005;48(2):489-94.

Leanne Bellamy JPC, Aroon D Hingorani, David J Williams. Preeclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis. bmjcom.