

## Wanita 32 tahun, G2P1A0, Hamil Aterm dengan Preeklampsia Berat dan *Partial HELLP Syndrome*

Leonardo Arwin Hadi Wijaya<sup>1</sup>, Ratna Dewi Puspita Sari<sup>2</sup>

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung<sup>1</sup>

Bagian Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung<sup>2</sup>

### Abstrak

Preeklampsia dan sindrom HELLP merupakan salah satu kasus emergensi obstetrik masih menjadi masalah serius dan memiliki tingkat kompleksitas yang tinggi. Preeklampsia ditandai dengan hipertensi dan proteinuria setelah umur kehamilan 20 minggu, sementara sindrom HELLP ditandai dengan hemolisis, peningkatan enzim hepar, dan trombositopenia. Seorang wanita berusia 32 tahun, hamil aterm, G2P1A0, datang dengan riwayat hipertensi sejak kehamilan. Hasil pemeriksaan fisik tekanan darah 165/120 mmHg, hasil laboratorium didapatkan trombosit 150.000/ $\mu$ L, LDH 731 U/L, SGOT/SGPT 84/46 U/L dan ekskresi urin didapatkan proteinuria 500. Pentingnya mengetahui faktor risiko terjadinya preeklampsia meliputi usia ibu saat hamil lebih dari 35 tahun, obesitas, riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya, kehamilan ganda, dan adanya riwayat penyakit tertentu seperti hipertensi kronik, diabetes, penyakit ginjal atau penyakit degeneratif seperti reumatik arthritis atau lupus. Pemeriksaan antenatal yang teratur serta mengenali tanda-tanda preeklampsia sedini mungkin dapat mencegah terjadinya preeklampsia berat dan komplikasinya. Penatalaksanaan pada pasien ini meliputi stabilisasi, pengelolaan cairan, mencegah terjadinya eklampsia, pemberian obat antihipertensi dan kortikostereoid. Penatalaksanaan yang tepat pada kasus ini dapat mencegah komplikasi lebih lanjut dan menekan angka kematian ibu. Penegakan diagnosis berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang penunjang pada pasien diberikan terapi medikamentosa yang sesuai dengan teori dan terminasi kehamilan secara sectio caesaria.

**Kata kunci:** Hipertensi, preeklampsia, sindrom HELLP

## A 32-Year-Old Woman (G2P1A0) with Partial HELLP Syndrome and Severe Preeclampsia in a Term Pregnancy

### Abstract

Preeclampsia and HELLP syndrome are cases of obstetric emergencies that are still serious problems and have a high level of complexity. Preeclampsia is characterized by hypertension and proteinuria after 20 weeks of gestation, while HELLP syndrome is characterized by hemolysis, elevated liver enzymes, and thrombocytopenia. A 32 year old woman, term pregnant, G2P1A0, presented with a history of hypertension since pregnancy. The results of the physical examination, blood pressure was 165/120 mmHg, laboratory results showed that platelets were 150,000/ $\mu$ L, LDH 731 U/L, SGOT/SGPT 84/46 U/L and urine excretion showed proteinuria 500. The importance of knowing the risk factors for preeclampsia include the mother's age at the time. pregnant for more than 35 years, obesity, history of preeclampsia in a previous pregnancy, multiple pregnancies, and a history of certain diseases such as chronic hypertension, diabetes, kidney disease or degenerative diseases such as rheumatoid arthritis or lupus. Regular antenatal examinations and recognizing signs of preeclampsia as early as possible can prevent severe preeclampsia and its complications. Management of these patients includes stabilization, fluid management, preventing eclampsia, administering antihypertensive drugs and corticosteroids. Appropriate management in this case can prevent further complications and reduce maternal mortality. Diagnosis is based on anamnesis, physical examination and supporting support in patients given medical therapy in accordance with the theory and termination of pregnancy by caesarean section.

**Keywords:** Hypertension, HELLP syndrome, preeclampsia

**Korespondensi :** Leonardo Arwin Hadi Wijaya, alamat Jl. Dr. Soetomo No. 40, Penengahan, Bandarlampung, HP 082244541668, email: leonardoarwin@gmail.com.

## Pendahuluan

Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan yang sering muncul pada kehamilan dan sering menimbulkan komplikasi. Hipertensi pada kehamilan merupakan 5-15% penyulit kehamilan dan salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas pada ibu hamil dan melahirkan selain perdarahan dan infeksi. Klasifikasi hipertensi dalam kehamilan terbagi menjadi empat, yaitu hipertensi kronik, preeklampsia-eklampsia, hipertensi kronik dengan superimposed preeklampsia, dan hipertensi gestasional.<sup>1,2</sup>

Preeklampsia adalah kelainan malfungsi endotel pembuluh darah atau vaskular yang menyebar luas sehingga terjadi vasospasme setelah usia kehamilan 20 minggu, mengakibatkan terjadinya penurunan perfusi organ dan pengaktifan endotel yang menimbulkan terjadinya hipertensi, proteinuria  $\geq 300$ mg per 24 jam atau 1+ pada dipstick, dan dengan atau tanpa edema patologi.<sup>3</sup>

Menurut WHO kasus preeklampsia tujuh kali lebih tinggi di negara berkembang daripada di negara maju.<sup>4</sup> Pada tahun 2010 terdapat 536.000 kematian maternal di dunia yaitu 25% disebabkan oleh perdarahan, infeksi 15% dan eklampsia 12%. Pada tahun 2009-2012 preeklampsia menjadi penyebab utama kematian maternal yaitu 52.9% diikuti perdarahan 26,5% dan infeksi 14,7%.<sup>5</sup> Prevalensi preeklampsia di Indonesia berkisar antara 7-10% dari seluruh kehamilan.<sup>6</sup> Hal ini membuat preeklampsia masih menjadi masalah yang serius dan memiliki tingkat kompleksitas yang tinggi dalam pelayanan obstetri di Indonesia karena dampak yang ditimbulkan bukan hanya pada saat ibu hamil dan melahirkan namun juga menimbulkan masalah pasca persalinan.

Preeklampsia berat dapat disertai sindrom *Hemolysis Elevated Liver Enzymes Low Platelet* (HELLP). Sindrom HELLP yaitu keadaan pada preeklampsia-eklampsia yang disertai dengan hemolisis, peningkatan enzim hepar, dan trombositopenia. Insidensi sindrom HELLP pada preeklampsia berat 2-12% dan pada eklampsia 30-50%.<sup>1</sup> Menurut kriteria Tennessee, dikatakan sindrom HELLP komplisit jika disertai seluruh kriteria (hemolisis, peningkatan enzim hepar, dan

trombositopenia) dan sindrom HELLP parsial jika hanya terdapat satu atau dua dari kriteria tersebut.<sup>7,8</sup>

## Kasus

Ny. UH 32 tahun G2P1A0 hamil 37 minggu belum inpartu datang dengan keluhan nyeri kepala sejak kurang lebih 1 bulan yang lalu. Nyeri kepala dirasakan seperti tertusuk-tusuk jarum terutama di bagian belakang kepala dan seringkali hilang timbul. Dalam 1 minggu terakhir kedua kaki pasien dirasa membengkak. Pasien berobat ke bidan terdekat dan dirujuk ke RS Bumi Waras. Kemudian pasien dirujuk kembali ke RSUD Dr. H. Abdul Moeloek. Keluhan mual, muntah, dan pandangan kabur disangkal. Pasien mengatakan tidak ada riwayat keluar air ketuban maupun lendir darah. Riwayat perut mulas-mulas menjalar ke pinggang juga disangkal. Pasien mengaku memiliki riwayat hipertensi sebelum hamil. Pasien jarang melakukan kontrol kehamilan ke bidan. Selama kehamilan pasien hanya pernah mengontrol kehamilannya sebanyak 2 kali. Riwayat persalinan pertama pada tahun 2016 secara *sectio caesaria* atas indikasi preeklampsia dan letak lintang.

Keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, TD 165/120mmHg, nadi 89x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36,1°C, edema pre-tibial bilateral, tinggi fundus uteri 24 cm, letak punggung kiri, presentasi kepala, DJJ: 138 x/menit, TBJ 2500 gram. Pada pemeriksaan dalam didapatkan portio lunak, posterior, eff 0%, kuncup, kepala, H1, ketuban dan penunjuk belum dapat dinilai.

Hasil pemeriksaan penunjang hemoglobin 11 g/dl; leukosit 11.700/ $\mu$ l; eritrosit 3,8 juta/ $\mu$ l; hematokrit 38%; trombosit 190.000/ $\mu$ l; MCV 88fL; MCH 29 pg; MCHC 33 g/dl; SGOT 84 U/L; SGPT 46 U/L; ureum 13 mg/dl; kreatinin 0,6 mg/dl; LDH 731 U/L. Dilakukan pemeriksaan urinalisis dengan hasil warna kuning tua; agak keruh; pH 6,0; leukosit (-); nitrit (-); protein 500; glukosa (-); keton (-); urobilinogen (-); bilirubin (-); darah samar 300 Ery/UL. Pasien didiagnosis G2P1A0 hamil aterm belum inpartu dengan preeklampsia berat dan partial HELLP syndrome.

Pada pasien diberikan tatalaksana berupa *inform consent* terkait keadaan ibu dan rencana penanganannya, dilakukan stabilisasi selama 3 jam, IVFD Ringer laktat gtt 20/menit, injeksi MgSO<sub>4</sub> 40% 10 cc intravena diikuti 15 cc dalam infus, Nifedipin per oral 4 x 10 mg, injeksi Deksmetason 10mg/12 jam, dan terminasi secara *sectio caesaria*.

## Pembahasan

Penegakan diagnosis pasien berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Dari hasil anamnesis, pasien mengatakan sering mengalami nyeri sejak 1 bulan yang lalu. Lalu pasien kontrol ke bidandinyatakan darah tinggi sehingga dirujuk ke RS Bumi Waras. Dari RS Bumi Waras pasien dirujuk ke RSUD Dr. H. Abdul Moeloek atas indikasi *sectio caesaria*. Pasien mengaku memiliki riwayat hipertensi sebelum hamil. Riwayat persalinan pertama pada tahun 2016 secara *sectio caesaria* atas indikasi preeklampsia dan letak lintang. Pasien mengaku tidak rutin kontrol kehamilan ke bidan atau dokter. Selama kehamilan ini pasien hanya pernah melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 2 kali di bidan setempat.

Dari pemeriksaan fisik didapatkan pasien tampak sakit sedang, kesadaran kompos mentis. Tekanan darah pasien 165/120 mmHg, nadi 89x/menit (teraba kuat, reguler, isi cukup), respirasi 22x/menit (reguler), suhu 36,1°C (aksila), edema pre-tibial bilateral, tinggi fundus uteri 24 cm, letak punggung kiri, presentasi kepala, DJJ: 138 x/menit, TBJ: 2500 gram. Pada pemeriksaan dalam didapatkan portio lunak, posterior, eff 0 %, kuncup, kepala, H1, ketuban dan penunjuk belum dapat dinilai.

Hasil pemeriksaan penunjang darah rutin didapatkan hemoglobin 11 g/dl; leukosit 11.700/μl; eritrosit 3,8 juta/μl; hematokrit 38%; trombosit 190.000/μl; MCV 88fL; MCH 29 pg; MCHC 33 g/dl. Pada pemeriksaan kimia darah didapatkan hasil SGOT 84 U/L; SGPT 46 U/L; ureum 13 mg/dl; kreatinin 0,6 mg/dl; LDH 731 U/L. Dilakukan pemeriksaan urinalisis dengan hasil warna kuning tua; agak keruh; pH 6,0; leukosit (-); nitrit (-); protein 500; glukosa (-); keton (-); urobilinogen (-); bilirubin (-); darah samar 300 Ery/UL.

Diagnosis preeklampsia berat ditegakkan jika pasien mengalami hipertensi yang baru dan proteinuria setelah usia kehamilan 20 minggu. Preeklampsia berat diindikasikan karena adanya peningkatan tekanan darah, proteinuria, didapatkan gejala neurologis (nyeri kepala dan gangguan visus). Preeklampsia berat merupakan preeklampsia dengan tekanan darah sekurang-kurangnya 160 mmHg sistolik dan 110 mmHg diastolik disertai proteinuria. Pada kasus ini tekanan darah pasien 165/120 mmHg dengan proteinuria 500.<sup>9</sup>

Diagnosis HELLP syndrome ditegakkan apabila berdasarkan kriteria Tennessee hasil pemeriksaan penunjang platelet  $\leq 100.000/\text{ml}$ ,  $\text{AST} \geq 70 \text{ IU/L}$ ,  $\text{LDH} \geq 600 \text{ IU/L}$ . Sindrom HELLP Parsial yaitu bila dijumpainya satu atau dua dari ketiga parameter sindrom HELLP. Lebih jauh lagi sindrom HELLP Parsial dapat dibagi beberapa sub grup lagi yaitu *Hemolysis (H)*, *Low Trombosit counts (LP)*, *Hemolysis + low trombosit counts (H+LP)*, *hemolysis + elevated liver enzymes (H+EL)*. Berdasarkan jumlah trombosit penderita sindrom HELLP dibagi dalam 3 kelas, yaitu: kelas I jumlah trombosit  $\leq 50.000/\text{mm}^3$ , kelas II jumlah trombosit  $>50.000-100.000/\text{mm}^3$ , kelas III jumlah trombosit  $>100.000-150.000/\text{mm}^3$ . LDH pasien mengalami peningkatan, yaitu 731 IU/L serta SGOT dan SGPT sejumlah 84 U/L; 46 U/L, nilai trombosit pasien yaitu sebesar 150.000/μL yang berarti pasien mengalami *partial HELLP syndrome*, juga pada kasus ini pasien sebelum hamil memiliki riwayat hipertensi. Dari anamnesis, pemeriksaan fisik, dan penunjang mengarah ke preeklampsia + *partial HELLP syndrome*. Jadi diagnosis pada Ny. UH sudah tepat yaitu G2P1A0 hamil aterm belum inpartu dengan preeklampsia dan *partial HELLP syndrome*.<sup>10</sup>

Pasien memiliki riwayat preeklampsia sebelumnya yaitu pada kehamilan anak pertama. Pasien juga memiliki riwayat hipertensi sebelum hamil. Berdasarkan analisis Duckitt, riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya merupakan faktor resiko untuk terjadinya preeklampsia pada kehamilan selanjutnya. Riwayat hipertensi sebelum hamil juga merupakan faktor resiko untuk terjadinya preeklampsia.<sup>11,12</sup>

Pada pasien diberikan edukasi terkait keadaan ibu dan rencana tatalaksananya,

dilakukan stabilisasi selama 3 jam, IVFD Ringer laktat 20 tetes per menit, injeksi MgSO<sub>4</sub> 40% 10 cc intravena diikuti 15 cc dalam infus, nifedipin peroral 4 X 10 mg, injeksi deksametason 10mg/12 jam serta terminasi kehamilan dengan *sectio caesaria*. Prinsip pengobatan pada pasien preeklampsia dan *partial HELLP syndrome* dengan tekanan darah tak terkontrol adalah stabilisasi keadaan umum dan terminasi kehamilan.

Stabilisasi dilakukan selama 1-3 jam. Hal ini dikarenakan indeks gestosis pasien 8 sehingga perlu distabilisasi untuk menurunkan indeks gestosis. Penilaian indeks gestosis meliputi: (1) edema saat istirahat atau berbaring, nilai 0 jika tidak ada edema, 1 jika terdapat edema pretibial, dan 2 jika adanya edema umum; (2) proteinuria, nilai 0 jika 1+, nilai 1 jika 2+, nilai 2 jika 3+, dan nilai 3 jika 4+; (3) TD sistolik, nilai 0 jika <140 mmHg, 1 jika 140-160 mmHg, 2 jika 160-180 mmHg, 3 jika ≥180 mmHg; (5) TD diastolik, nilai 0 jika <90 mmHg, 1 jika 90-100 mmHg, 2 jika 100-110 mmHg, dan nilai 3 jika >110 mmHg. Pasien dikatakan sudah stabil bila indeks gestosis <5. Obat antihipertensi diberikan nifedipin peroral 10 mg/6 jam. Nifedipin merupakan salah satu obat golongan *calcium channel blocker* yang digunakan untuk mencegah persalinan preterm (tokolisis) dan sebagai antihipertensi lini pertama. Regimen yang direkomendasikan adalah 10 mg kapsul oral. Nifedipin bekerja pada otot polos arteriolar dan menyebabkan vasodilatasi dengan menghambat masuknya kalsium ke dalam sel. Berkurangnya resistensi perifer akibat pemberian *calcium channel blocker* dapat mengurangi *afterload*, sedangkan efeknya pada vena minimal.<sup>9,11,13</sup>

Pemberian MgSO<sub>4</sub> 10 cc secara intravena diikuti 15 cc dalam infus. Pemberian MgSO<sub>4</sub> bertujuan sebagai pencegahan untuk terjadinya kejang. Cara kerja magnesium sulfat dengan menghambat atau menurunkan kadar asetilkolin pada rangsangan serat saraf dengan menghambat transmisi neuromuskular dengan cara menggeser kalsium, sehingga aliran rangsangan tidak akan terjadi (terjadi kompetitif inhibition antara ion kalsium dan ion magnesium). Magnesium sulfat juga menyebabkan vasodilatasi melalui relaksasi dari otot polos, termasuk pembuluh darah perifer

dan uterus, sehingga selain sebagai antikonvulsan, magnesium sulfat juga berguna sebagai tokolitik dan antihipertensi. Magnesium sulfat juga berperan dalam menghambat reseptor N-metil-Daspartat (NMDA) di otak, yang apabila teraktivasi akibat asfiksia, dapat menyebabkan masuknya kalsium ke dalam neuron, yang dapat mengakibatkan kerusakan sel dan dapat terjadi kejang.<sup>9,11,13</sup>

Berdasarkan penelitian yang ada, pemberian kortikosteroid pada sindrom HELLP dapat memberikan efek perbaikan kadar trombosit, SGOT, SGPT, LDH dan tekanan darah arteri rata-rata. Pemberian kortikosteroid post partum tidak berpengaruh pada kadar trombosit. Pemberian kortikosteroid tidak mempengaruhi morbiditas dan mortalitas maternal serta perinatal ataupun neonatal. Deksametason lebih cepat meningkatkan kadar trombosit dibandingkan betametason. Dosis pemberian deksametason adalah 10 mg intravena (IV) tiap 12 jam. Pada post partum, deksametason diberikan 10 mg IV tiap 12 jam 2 kali, kemudian diikuti dengan 5 mg IV tiap 12 jam 2 kali. Terapi deksametason dihentikan bila telah terjadi perbaikan laboratorium, yaitu trombosit >100.000/ml dan penurunan LDH serta perbaikan tanda dan gejala-gejala klinik preeklampsia-eklampsia.<sup>11,14</sup>

Terminasi kehamilan merupakan terapi definitif pada kehamilan ≥34 minggu dengan preeklampsia dan *partial HELLP syndrome*. Persalinan dapat dilakukan pervaginam atau perabdominan. Terminasi kehamilan secara *sectio caesaria* dapat dipilih dikarenakan pasien mengalami hipertensi berat yang tak terkontrol yaitu 165/120 mmHg dan terdapat tanda-tanda impending preeklampsia yaitu tanda neurologis seperti sakit kepala (kegawatan maternal) dan pasien belum inpartu, sedangkan terminasi kehamilan harus segera dilakukan sehingga tidak dimungkinkan untuk melakukan persalinan secara pervaginam. Penatalaksanaan pada pasien sudah tepat.

Edukasi pada pasien dengan preeklampsia berat bertujuan untuk mencegah terjadinya preeklampsia pada kehamilan selanjutnya.

Edukasi meliputi diet selama kehamilan dengan diet tinggi protein dan nutrisi serta rendah garam. Penambahan berat badan selama kehamilan yang tidak berlebihan, diusahakan di bawah 3 kg/bulan atau 1kg/minggu. Mengetahui faktor risiko terjadinya preeklampsia juga merupakan upaya pencegahan terjadinya preeklampsia pada kehamilan berikutnya. Faktor risiko terjadinya preeklampsia meliputi usia ibu saat hamil lebih dari 35 tahun, obesitas, riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya, kehamilan ganda, dan adanya riwayat penyakit tertentu seperti hipertensi kronik, diabetes, penyakit ginjal atau penyakit degeneratif seperti reumatik arthritis atau lupus. Pemeriksaan antenatal yang teratur serta mengenali tanda-tanda preeklampsia sedini mungkin dapat mencegah terjadinya preeklampsia berat dan komplikasinya.

### Simpulan

Pasien Ny. UH 32 tahun didiagnosis preeklampsia berat dan *partial HELLP syndrome*. Penegakkan diagnosis tersebut berdasarkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pada pasien diberikan terapi medikamentosa yang sesuai dengan teori dan terminasi kehamilan secara *sectio caesaria*.

### Daftar Pustaka

1. Zamorski MA, Green LA. National high blood pressure education program report on high blood pressure in pregnancy: a summary for family physicians. *Am Fam Physician*. 2001; 64:263-70.
2. Lindheimer MD, Taler SJ, Cunningham FG. Hypertension in pregnancy. *J Am Soc Hypertens*. 2008; 2(6):484-94.
3. Wulan SK. Karakteristik penderita preeklampsia dan eklampsia di RSUP Haji Adam Malik Medan tahun 2009-2011. Medan: USU; 2011.
4. Sungbade KO dan Ige OK. Public health perspectives of preeclampsia in developing countries: implication for health system strengthening. *Journal of Pregnancy*. 2011.
5. Delahaije D, Sander MJ, Carmen DD, dkk. Cost-effectiveness of recurrence risk guided care versus care as usual in women who suffered from early-onset preeclampsia including HELLP syndrome in their previous pregnancy (the PreCare study). *BMC Pregnancy and childbirth*. 2010; 10(10):60-71.
6. Birawa AD, Hadisaputro H, Hadijono S. Kadar d-dimer pada ibu hamil dengan preeklampsia berat dan normotensi di RSUP Dr. Majalah Obstetri dan Ginekologi Indonesia. 2009; 33(2):65-79.
7. Pokharel SM, Chattopadhyay SK, Jaiswal R, Shakya P. HELLP syndrome-a pregnancy disorder with poor diagnosis. *Nepal Med Coll J*. 2008; 10(4):260-3.
8. Witlin AG, Sibai BM. Diagnosis and management of Women with HELLP syndrome [internet]. Wayne, PA: Turner White Communication Inc.; 1999.
9. Saifuddin AB, Rachmhadhi T, Wiknjastro G H, editors. Ilmu kebidanan sarwono prawirohardjo edisi empat. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo; 2013.
10. Martin JN, Magann EF, Isler CM. HELLP Syndrome: the scope of disease and treatment. Dalam: Belfort MA, Thornton S, Saade GR, editor. *Hypertension in pregnancy*. Oxford: Marcel Dekker; 2003.
11. Perhimpunan Obstetri dan Ginekologi Indonesia. Diagnosis dan tata laksana preeklampsia. Jakarta: Perhimpunan Obstetri dan Ginekologi Indonesia; 2016.
12. AF, Kenny LC, McCarthy FP. Risk factors and effective management of Preeclampsia. *Integrated Blood Pressure Control*. 2015; 8 : 7-12.
13. Shennan HE. Recent advances in the 7 (diagnosis and management of preeclampsia. *F1000 Prime Report*. 2010; 7(24):1-6.
14. Jell H, Einer S, Ulrich A. The hellpsyndrome: clinical issues and management. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2009;9(8):1-15.