

Eklampsia Antepartum dan Partial HELLP Syndrome pada Multigravida Usia Kehamilan 38 Minggu: Laporan Kasus

Agatha Catherine¹, Zulfadli²

¹ Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Departemen Obstetri dan Ginekologi, RSUD Dr H Abdul Moeloek Bandar Lampung

Abstrak

Eklampsia didefinisikan sebagai terjadinya kejang pada wanita yang memiliki kondisi yang memenuhi kriteria preeklampsia. Efek preeklampsia yang menjadi eklampsia akan menyebabkan gejala neurologis, termasuk kejang, disregulasi sirkulasi otak dan neuropatologi. Tanda dan gejala dari eklampsia termasuk kejang, agitasi yang berat dan penurunan kesadaran. Preeklampsia dan eklampsia menjadi salah satu penyebab masih tingginya tingkat mortalitas maternal di dunia. Seorang wanita, usia 38 tahun, datang ke UGD RSUD Dr H Abdul Moeloek karena kejang pada 1 jam yang lalu yang berlangsung sekitar 5 menit. Pasien mengeluhkan pandangan kabur, mual dan muntah. Pada pemeriksaan fisik didapatkan hipertensi 174/110 mmHg dan edema pretibial. Pada pemeriksaan obstetrik konvergen belum masuk pintu atas panggul, tidak teraba adanya his, vaginal toucher didapatkan portio lunak tanpa pembukaan, ketuban dan penunjuk belum dapat dinilai. Pemeriksaan laboratorium Hb 11,6 gr/dl, leukositosis 19.700/ μ L, peningkatan fungsi hepar SGOT 40 U/L, peningkatan lactate dehydrogenase (LDH) 655 U/L dan proteinuria 500 mg/dL. Manajemen pada pasien di UGD berupa observasi, pemberian terapi konservatif dan abortif untuk memutus kejang. Diberikan injeksi MgSO₄ dengan dosis 4 gr bolus pelan diikuti dengan infus RL 500 ml dicampur dengan 6 gr MgSO₄ yang habis dalam 6 jam. Pemberian kortikosteroid pada kasus ini diwakili dengan injeksi Dexametason 10 gr tiap 12 jam. Pada pasien ini diberikan Nifedipin dengan dosis 3x10 mg dan Metildopa dengan dosis 3x500 mg.

Kata kunci: Antihipertensi, eklampsia, manajemen konservatif, *partial HELLP Syndrome*

Antepartum Eclampsia and Partial HELLP Syndrome in Multigravida at 38 Weeks of Pregnancy: Case Report

Abstract

Eclampsia defined as the occurrence of seizures in women whom meet the criteria for preeclampsia. The effects of preeclampsia that progress to eclampsia will cause neurological symptoms, including seizures, cerebral circulation dysregulation and neuropathology. Signs and symptoms of eclampsia include seizures, severe agitation and altered of consciousness. Preeclampsia and eclampsia are the causes of the high level of maternal mortality in the world. A 38 years old woman came to emergency room at RSUD Dr H Abdul Moeloek because of convulsion 1 hour ago which lasted about 5 minutes. Patients complain of blurred vision, nausea and vomiting. Patient founded hypertension was 174/110 mmHg and pretibial edema. Obstetric examination shows the pelvic inlet has not yet entered, his cannot be palpable, vaginal toucher found a soft portion without opening, amniotic and presentation cannot be assessed. Laboratory examination shows Hb 11.6 gr/dl, leukocytosis 19,700/ μ L, increased liver function SGOT 40 U/L, increased lactate dehydrogenase (LDH) 655 U/L and proteinuria 500 mg/dL. Management in the ER consists of observation, administration of conservative and abortive therapy to stop seizures. MgSO₄ injection was given at slow bolus dose of 4 grams followed by 500 ml RL infusion mixed with 6 grams of MgSO₄ used up for 6 hours. Corticosteroid administration in this case was represented by an injection of Dexamethasone 10 grams every 12 hours. Nifedipine was given at 3x10 mg and Methyldopa at 3x500 mg.

Keywords: Antihypertensive agent, conservative management, eclampsia, partial HELLP syndrome

Korespondensi: Agatha Catherine, email agatha.catherine@gmail.com

Pendahuluan

Preeklampsia adalah sebuah penyakit kompleks yang ditandai oleh hipertensi yang diinduksi oleh kehamilan, proteinuria dan edema yang terjadi setelah kehamilan usia 20 minggu. Manifestasi neurologis dari preeklampsia termasuk nyeri kepala, pusing, hiperrefleksia, halusinasi visual dan kebutaan. Eklampsia didefinisikan sebagai terjadinya

kejang, tidak disebabkan oleh penyakit neurological yang lain pada wanita yang memiliki kondisi yang memenuhi kriteria preeklampsia. Efek preeklampsia yang menjadi eklampsia dengan kemungkinan kejang atau koma akan menjadi perhatian dalam waktu singkat. Lesi serebral menyebabkan gejala

neurologis, termasuk kejang, adanya disregulasi sirkulasi otak dan neuropatologi.¹

Tren global saat ini mengaburkan ketimpangan yang besar pada kondisi maternal di seluruh benua dan negara. Benua dengan tingkat masalah terendah hingga tertinggi yaitu Eropa dan Amerika Utara, Asia Timur dan Tenggara, Afrika Utara dan Asia Barat, dan terakhir Amerika Latin dan Karibia seluruhnya memiliki nilai kematian ibu di bawah 100 pada tahun 2020. Penyebab yang mungkin dari tingginya kematian ibu pada negara dengan sumber daya rendah ialah penyebab tidak langsung (penyakit menular dan tidak menular) serta penyebab obstetrik langsung, salah satunya preeklampsia dan eklampsia.²

Pada tanda dan gejala dari eklampsia termasuk kejang, agitasi yang berat dan penurunan kesadaran. Kebanyakan wanita mengalami gejala preeklampsia sebelum kejang, gejala tersebut antara lain mual dan muntah, nyeri perut, nyeri tekan epigastrik, nyeri kepala, bengkak pada tangan dan wajah serta gangguan penglihatan termasuk kebutaan, pandangan ganda, pandangan kabur dan hilangnya bagian dari lapang pandang.³

Konsep akronim dari HELLP (H= hemolisis, EL= *elevated liver enzymes* dan LP= *low platelet*) dibuat oleh Louis Weinstein pada tahun 1982 yang melaporkan 29 pasien hamil preeklampsia/eklampsia. Sindroma HELLP biasanya berkembang selama usia 27-37 minggu kehamilan. Sebagai bentuk dari preeklampsia berat, sindroma HELLP mengganggu perkembangan dan fungsi plasenta serta menghasilkan iskemik oksidatif stress yang memicu pelepasan faktor yang merusak endotel lewat aktivasi trombosit, vasokonstriktor dan hilangnya relaksasi vascular kehamilan normal.⁴ Hal inilah yang terjadi pada pasien yang dilaporkan dalam tulisan ini.

Kasus

Seorang wanita, usia 38 tahun, datang ke UGD RSUD Dr H Abdul Moeloek diantar oleh suaminya akibat kejang pada 1 jam yang lalu. Kejang yang berlangsung sebanyak 1 kali, lamanya kejang sekitar 5 menit. Saat sampai di UGD Rumah Sakit pasien dalam keadaan sadar dan mengatakan penglihatannya kabur.

Beberapa saat kemudian pasien mengalami kejang berulang dan tidak sadar selama kejang

Pasien saat datang ke UGD hamil cukup bulan dengan Gerakan janin masih dapat dirasakan. Pasien juga sebelumnya mengeluhkan mual dan muntah sebanyak 1 kali. Keluar lendir darah (-), keluhan mulas (-), keluar air- air (-), riwayat keputihan (-), riwayat trauma tidak ada, riwayat perut diurut-urut tidak ada, riwayat post coital tidak ada. Keluarga pasien menyangkal adanya darah tinggi sebelum kehamilan. Pasien tidak pernah melakukan pemeriksaan kehamilan selama kehamilan ini.

Pasien pertama kali menstruasi pada usia 13 tahun. Biasanya siklus menstruasi teratur selama 28 hari. Lamanya menstruasi 6 hari. Hari pertama haid terakhir pada 21 Februari 2022 dan taksiran persalinan pada 28 November 2023. Riwayat persalinan anak pertama pada tahun 2007, anak kedua pada tahun 2012, dan anak ketiga pada tahun 2015. Semua persalinan secara normal tanpa penyulit. Menurut suami, pasien belum pernah menggunakan kontrasepsi apapun.

Dari pemeriksaan fisik, didapatkan pasien tampak sakit sedang dengan kesadaran compos mentis. GCS pasien E4V5M6 dengan tekanan darah 174/110 mmHg. Denyut nadi pasien 128 kali/menit, laju nafas 22 kali/menit, suhu 36,7 C dan saturasi oksigen 98% menggunakan oksigen 10 liter per menit via *non-rebreathing mask* (NRM). Pada pemeriksaan generalis didapatkan edema pretibial pada kedua tungkai. Kepala dalam batas normal, mata tidak tampak anemis, hidung dalam batas normal, mulut tidak tampak sianosis, JVP 5±2 cm, paru vesikuler, abdomen dalam batas normal.

Pada pemeriksaan Leopold I teraba bagian bulat, lunak, tidak melenting, kesan bokong. Tinggi fundus uteri 32 cm dengan TBJ: (32-13)x155= 2.945 gram. Pada Leopold II teraba bagian bagian panjang datar pada sisi kanan, kesan punggung kanan. Denyut Jantung Janin (DJJ) 152x/menit. Pada Leopold III teraba bagian bawah, bulat, keras, melenting kesan kepala. Pada Leopold IV didapatkan konvergen dengan kesan belum masuk pintu atas panggul dan perlimaan 5/5. Tidak teraba adanya his. Pada pemeriksaan dalam/*vaginal toucher*

didapatkan portio lunak, posterior, penipisan 25 %, pembukaan 0, ketuban dan penunjuk belum dapat dinilai. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan hemoglobin 11,6 gr/dl, leukosit 19.700/ μ L, trombosit 289.000/ μ L. Didapatkan peningkatan SGOT 40 U/L, GDS 190 mg/dL, asam urat 8,3 mg/dL, dan LDH 655 U/L. Pada pemeriksaan urin didapatkan proteinuria 500 mg/dL dan peningkatan darah samar 50/ μ L

Penilaian indeks gestosis pasien sebelum stabilisasi didapatkan edema sesudah istirahat dengan nilai 1, proteinuria kuantitatif +2 dengan nilai 1, tekanan darah sistolik 160-180 mmHg dengan nilai 2, serta tekanan darah diastolic 100-110 mmHg dengan nilai 2. Dan total indeks gestosis yang didapatkan adalah 6 atau *moderate*.

Berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan maka pada pasien dapat ditegakkan diagnosis G4P3A0 hamil 38 minggu belum inpartu dengan Eklamsia antepartum dan *partial HELLP syndrome* Janin Tunggal Hidup Presentasi Kepala. Pasien diobservasi keadaan umum, tanda vital dan DJJ. Adapun tatalaksana yang dilakukan di UGD adalah manajemen ekspektatif yaitu stabilisasi pasien, injeksi MgSO₄ 4 gr diikuti infus RL 500 ml dicampur MgSO₄ 6 gr per 6 jam. Pasien juga diberikan Nifedipin 3x10 mg, Metildopa 3x500 mg, dan injeksi Dexametason 10 mg tiap 12 jam. Pasien dirawat di ruang ICU dan dikonsultasikan kepada dokter spesialis penyakit dalam. Keesokan harinya pasien menjalani operasi *section caesaria* sebagai tatalaksana abortif kejang.

Pembahasan

Pada anamnesis yang dilakukan dengan pasien dan keluarga pasien diperoleh data bahwa pasien wanita mengalami kejang 1 jam sebelum masuk rumah sakit. Kejang berlangsung sekali selama 5 menit. Beberapa saat di rumah sakit pasien mengalami kejang Kembali. Pasien diketahui sedang hamil aterm dan janin masih aktif. Keluhan lain dirasakan mual dan muntah. Sebelum kehamilan, pasien buka penderita hipertensi. Pasien belum pernah memeriksakan kehamilannya saat ini. Pada pemeriksaan fisik didapatkan pasien mengalami hipertensi grade II (174/110

mmHg) dan edema pretibial. Pada pemeriksaan penunjang diperoleh informasi pasien mengalami anemia (Hb 11,6 gr/dl), leukositosis (19.700/ μ L), peningkatan fungsi hepar (SGOT 40 U/L), peningkatan *lactate dehydrogenase* (LDH) 655 U/L dan proteinuria 500 mg/dL.

Eklamsia didefinisikan sebagai terjadinya kejang *grand mal* selama kehamilan atau selama atau setelah persalinan pada wanita dengan preeklamsia, dan tidak berkaitan dengan penyebab lain. Kebanyakan kasus terjadi pada trimester kehamilan ketiga (91%) setelah usia kehamilan 28 minggu.⁵ Pada kasus kali ini terjadi kejang hingga membuat pasien tidak sadar yang terjadi sebelum persalinan tepatnya pada kehamilan usia 38 minggu atau trimester ketiga. Status preeklamsia pada kehamilan tidak diketahui, namun pada pasien dijumpai hipertensi dan proteinuria yang dapat membawa pasien pada diagnosis preeklamsia.

Sindroma HELLP didefinisikan sebagai munculnya tiga kriteria yaitu: hemolisis (apusan darah tepi, LDH > 600 U/L, bilirubin serum total >1,2 mg/dL), peningkatan enzim hepar (AST/SGOT >70 U/L), dan penurunan jumlah trombosit (<100.000/ μ L). Istilah *Partial HELLP Syndrome* berarti munculnya satu atau dua dari gejala HELLP.⁶ Dari data yang diperoleh pada kasus ini dapat ditegakkan *partial HELLP syndrome* dan bukan *HELLP syndrome* karena pada pasien hanya ditemukan tanda hemolisis yaitu LDH 655 U/L.

Sebuah studi *case control* menyebutkan factor-faktor risiko preeklamsia dan eklamsia antara lain: nullipara, kehamilan ganda, usia ibu <20 tahun dan >35 tahun, riwayat preeklamsia dan eklamsia pada kehamilan sebelumnya, riwayat keluarga preeklamsia dan eklamsia, penyakit ginjal, hipertensi, diabetes melitus sebelum kehamilan, obesitas, ansietas, jumlah kunjungan antenatal, penggunaan kontrasepsi, tingkat Pendidikan, pengetahuan mengenai kehamilan, factor pekerjaan dan sosioekonomik.⁷ Faktor risiko yang terdapat pada pasien ini adalah kehamilan usia tua (>35 tahun) serta ibu yang tidak pernah melakukan kunjungan antenatal.

Usia ibu menjadi factor risiko obstetric yang independent untuk onset preeklamsia dini dan gangguan pertumbuhan janin. Diketahui bahwa hipertensi kronis dan

pregnancy hypertension meningkatkan risiko BBLR dan lahir premature seperti usia ibu yang tua mengakibatkan pemendekan masa kehamilan.⁸ Pasien saat ini hamil anak keempat dengan usia yang tidak muda yaitu 38 tahun. Hal ini mungkin berpengaruh terhadap elastisitas pembuluh darah pasien sehingga menimbulkan terjadinya *pregnancy related hypertension*.

Wanita yang tidak melakukan kunjungan antenatal secara teratur akan memiliki risiko lebih besar mengalami preeklamsia. Hal ini karena layanan antenatal berfungsi untuk mendeteksi kemungkinan bahaya pada kehamilan sesegera mungkin. Jika bahaya pada kehamilan dapat terdeteksi segera, tenaga Kesehatan akan lebih mudah mencegah dan mengobati. Kegiatan *Antenatal Care* (ANC) adalah factor paling berpengaruh dalam risiko insidensi hipertensi dalam kehamilan.⁹ Pasien pada kasus ini tidak pernah melakukan kunjungan ANC selama kehamilan kali ini. Hal ini menyebabkan hipertensi yang dialaminya selama kehamilan tidak dapat terdeteksi, sehingga pasien tidak mendapatkan Tindakan pencegahan selama kehamilan yaitu obat anti-hipertensi dalam kehamilan.

Preeklamsia berat masih dapat dipertimbangkan untuk dilakukan manajemen ekspektatif pada kehamilan preterm. Pada preeklamsia awal, hanya separuh kasus yang bisa mendapat manajemen ekspektatif, sedangkan sisanya menjadi *fetal distress* atau komplikasi maternal segera setelah stabilisasi dan evaluasi. Pada manajemen ekspektatif, monitoring oleh staff, ketersediaan Doppler dan kardiokografi harus ada untuk waktu terminasi.¹⁰ Manajemen ekspektatif pada kasus kali ini dapat dilakukan sambil mempersiapkan terminasi lewat SC karena pada unit PONEK RSUDAM telah tersedia Doppler dan kardiokografi. Dalam kasus ini tidak terjadi fetal distress sehingga manajemen ekspektatif masih bisa dilakukan.

Konsentrasi serum Magnesium sulfat yang direkomendasikan untuk terapi kejang eklamsia adalah 3,5-7 mEq/L (4,2-8,4 mg/dL) yang dapat dimasukkan secara intramuscular (6 gr *loading dose* diikuti 2 gr/jam), intravena (2-4 gr diikuti 1 gr/menit) atau kombinasi keduanya. Pada pasien preeklamsia yang diterapi dengan *loading dose* MgSO₄ dengan

dosis 4 gr intravena diikuti dengan 2 gr per jam dengan infus dijumpai adanya peningkatan cepat konsentrasi magnesium total dan terionisasi setelah infus.¹¹ Pada kasus kali ini pasien diberikan injeksi MgSO₄ dengan dosis 4 gr bolus pelan diikuti dengan infus RL 500 ml dicampur dengan 6 gr MgSO₄ yang habis dalam 6 jam. Hal ini sudah sesuai dengan rekomendasi yang tersedia sehingga memungkinkan konsentrasi Magnesium tetap tinggi dalam tubuh pasien.

Jumlah trombosit dan kadar LDH serum merupakan indicator yang reliable untuk menentukan beratnya HELLP dan waktu pemulihan. Kortikosteroid diperkirakan dapat mencegah konsumsi trombosit dan penghancuran eritrosit dengan menstabilkan endotel vascular yang berefek pada penurunan kebutuhan produk darah. Pemulihan jumlah trombosit dilaporkan paling cepat dalam 12 jam setelah pemberian kortikosteoid. Pada studi terbaru, terapi kortikosteroid menurunkan lama rawat di RS/ICU sekitar 3 hari dibandingkan dengan control.¹² Pemberian kortikosteroid pada kasus ini diwakili dengan injeksi Dexametason 10 gr tiap 12 jam dengan tujuan untuk menurunkan konsumsi produk darah (eritrosit dan trombosit) dalam tubuh pasien.

Seluruh obat antihipertensi mampu menembus plasenta dengan aman. Sampai saat ini tidak terdapat penelitian yang menunjukkan keuntungan salah satu obat antihipertensi dibanding yang lain. Namun, terdapat obat yang dapat menurunkan tekanan darah yang juga masih aman untuk ibu dan janin. Nifedipin adalah satu golongan *calcium channel blocker* yang bisa digunakan selama kehamilan. Dosis aman untuk nifedipine *long acting* adalah 30-90 mg sekali sehari, dengan dosis tertinggi per hari adalah 120 mg, dan dapat dinaikkan 20 mg tiap 7-14 hari. Metildopa umum diresepkan untuk terapi hipertensi pada wanita hamil. Neurotransmitter metilnoepinefrin menurunkan aliran simpatetik norepinefrin ke jantung, ginjal dan pembuluh darah perifer dengan menstimulasi reseptor alfa-adrenergik pusat.¹³ Pada pasien ini diberikan Nifedipin dengan dosis 3x10 mg dan Metildopa dengan dosis 3x500 mg. Pemberian dua agen antihipertensi pada

pasien ini ditujukan untuk memastikan aliran darah pada janin dan sirkulasi otak sehingga tidak terjadi kejang berulang.

Simpulan

Penegakkan diagnosis pada pasien ini adalah G4P3A0 hamil 38 minggu belum inpartu dengan eklamsi antepartum dan *partial HELLP syndrome* janin tunggal hidup presentasi kepala. Manajemen pada pasien di UGD berupa observasi, pemberian terapi konservatif dan abortif untuk memutus kejang.

Daftar Pustaka

1. Chakravarty A, Chakrabarti SD. The neurology of eclampsia: Some observations. *Neurol India*. 2002;50(2):128-135.
2. WHO. Trends in Maternal Mortality 2000 to 2020: Estimates; 2021. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>
3. Akre S, Sharma K, Chakole S, Wanjari MB. Eclampsia and Its Treatment Modalities: A Review Article. *Cureus*. 2022;14(9):12-16.
4. Rahman H. Pinning Down HELLP: A Review. *Biomed J Sci Tech Res*. 2017;1(3):646-650.
5. Gasnier R. Eclampsia: An Overview Clinical Presentation, Diagnosis and Management. *Women's Heal*. 2016;3(2):182-187.
6. Abbade JF, Peraçoli JC, Araújo Costa RA, Paranhos Calderon IDM, Medeiros Borges VT, Cunha Rudge MV. Partial HELLP Syndrome: Maternal and perinatal outcome. *Sao Paulo Med J*. 2002;120(6):180-184.
7. Setyorini D, Santoso B, Martini S. Risk Factors of Preeclampsia and Eclampsia in Surabaya. *Dama Int J Res*. 2017;ISSN(7):63-66.
8. Lamminpää R, Vehviläinen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. Preeclampsia complicated by advanced maternal age: a registry-based study on primiparous women in Finland 1997-2008. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:2-6.
9. Fadilah DR, Devy SR. Antenatal Care Visits and Early Detection of Pre-eclampsia among Pregnant Women. *Int J Public Heal Sci*. 2018;7(4):248.
10. Wantania J. Problems in managing eclampsia. *J Biomedik*. 2017;9(2).
11. Euser AG, Cipolla MJ. Magnesium sulfate for the treatment of eclampsia a brief review. *Stroke*. 2009;40(4):1169-1175.
12. Mao M, Chen C. Corticosteroid therapy for management of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count (HELLP) syndrome: A meta-analysis. *Med Sci Monit*. 2015;21:3777-3783.
13. Winata IGS, Pradnyana IWAS, Aroean MSP. The role of antihypertensive drugs in patients with preeclampsia and how to prevent it. *Maj Obstet Ginekol*. 2022;30(3):146-153.