

## Preeklampsia berat dengan HELLP sindrom dan IUFD

Dina Amalia Kusmardika<sup>1</sup>, Ratna Dewi Puspitasari<sup>2</sup>

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

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

### Abstrak

Preeklampsia adalah sebuah sindrom dalam kehamilan yang dapat memengaruhi gangguan fungsi fisiologis pada organ lainnya. Preeklampsia adalah keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah ibu pada kehamilan akibat disfungsi plasenta dan respon maternal yang dapat menyebabkan inflamasi sistemik melalui aktivasi endotel dan koagulasi. Diagnosis preeklampsia ditegakkan sebagai hipertensi yang disertai dengan proteinuria atau gangguan sistem organ lainnya pada usia kehamilan diatas 20 minggu. Preeklampsia merupakan salah satu faktor risiko penyakit ibu yang dapat menyebabkan komplikasi pada bayi berupa kelahiran prematur, gawat janin, berat badan lahir rendah dan IUFD. Ny. O usia 32 tahun G3P1A1 hamil 27 minggu datang sebagai rujukan bidan dengan keluhan tekanan darah tinggi dan nyeri kepala yang telah dirasakan sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit, pasien merasa bahwa tubuhnya membengkak, beberapa hari setelahnya ibu mengeluhkan nyeri pada ulu hati dan terdapat pengelihan kabur. Pada pemeriksaan fisik ditemukan TD 185/90, dan edema anasarka. Pada pemeriksaan obstetric ditemukan TFU 20 cm setinggi 2 jari dibawah umbilikus, presentasi kepala, punggung kiri, DJJ tidak dapat ditemukan. Pada pemeriksaan penunjang ditemukan nilai trombosit 70.000, LDH 1.222 ureum 49, kreatinin 1,63, SGOT 58, SGPT 47. Pasien G3P1A1 hamil 27 minggu dengan preeklampsia berat (PEB) + HELLP sindrom janin tunggal mati presentasi kepala, dipilih tatalaksana terminasi kehamilan pervaginam.

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

## Severe Preeclampsia with HELLP Syndrome and IUFD

### Abstract

Preeclampsia is a syndrome in pregnancies that can affect physiological disorders in other organs. Preeclampsia is one of the risk factors for maternal disease that can cause complications in infants in the form of premature birth, fetal distress, low birth weight and IUFD. Mrs. O, 32 years old G3P1A1 27 weeks pregnant comes with complaints of high blood pressure and headache that has been felt since 1 week before being admitted to the hospital, the patient admitted that since the last 2 weeks he felt that his body was swollen, a few days after that the mother complained that he often felt pain in the gut and there is blurred vision, the patient also takes pregnancy control to the midwife and it is found that the mother has high blood pressure. On physical examination found a BP 185/90, and anasarca edema. Obstetric examination found 20 cm TFU, head presentation, left back, FHR 0x / minute. On investigation found a platelet value of 70,000, LDH 1,222 urea 49, creatinine 1.63, SGOT 58, SGPT 47. Patient diagnosed by G3P1A1 27 weeks pregnant with severe preeclampsia (PEB) + HELLP syndrome of single fetal death head presentation, pregnancy termination is selected

**Key word:** Gestational hypertension, HELLP syndrome, preeclampsia

**Korespondensi :** Dina Amalia, Jl. Soemantri Bojonegoro No.1, email dinaamaliakusmardika@gmail.com

### Pendahuluan

Hipertensi pada kehamilan merupakan salah satu dari tiga penyebab tersering kematian pada ibu, sekitar 25% angka kematian ibu disebabkan oleh hipertensi pada kehamilan.<sup>6</sup> Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sekurang-kurangnya 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama. Definisi hipertensi berat adalah peningkatan tekanan darah sekurang-kurangnya 160 mmHg sistolik atau 110 mmHg diastolik.<sup>1</sup>

Preeklampsia adalah keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah ibu pada kehamilan akibat disfungsi plasenta dan respon maternal yang dapat menyebabkan inflamasi

sistemik melalui aktivasi endotel dan koagulasi. Diagnosis preeklampsia ditegakkan sebagai hipertensi yang disertai dengan proteinuria atau gangguan sistem organ lainnya pada usia kehamilan diatas 20 minggu.<sup>12</sup>

WHO memperkirakan kasus preeklampsia tujuh kali lebih tinggi di negara berkembang dibandingkan dengan negara maju. Insiden preeklampsia di Indonesia sendiri adalah 128.273/tahun atau sekitar 5,3%.<sup>6</sup>

Komplikasi preeklampsia berat bisa menjadi cukup serius hingga menyebabkan morbiditas janin dan ibu. Koagulopati intravaskular, gagal ginjal, dan sindrom HELLP (hemolisis, peningkatan enzim hati, trombositopenia) adalah komplikasi yang paling umum.<sup>10</sup>

Preeklampsia berat meningkatkan risiko keluaran ibu yang merugikan sebesar 8,7 kali lipat.<sup>5</sup> Perdarahan otak, edema paru, gagal ginjal, dan / atau koagulopati intravaskular adalah penyebab kematian ibu pada PE berat. Sedangkan komplikasi jangka panjang yaitu gagal ginjal kronis, hipertensi persisten, dan / atau kebutaan kortikal.<sup>10</sup> Selain itu penurunan perfusi pada plasenta juga dapat berakibat pada kondisi janin dalam kandungan. Preeklampsia merupakan salah satu faktor risiko penyakit ibu yang dapat menyebabkan komplikasi pada bayi berupa kelahiran prematur, gawat janin, berat badan lahir rendah dan IUFD.<sup>7</sup>

*Intrauterine fetal death* (IUFD) menurut ICD 10 atau *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems* adalah kematian fetal atau janin pada usia gestasional  $\geq$  22 minggu. WHO dan American College of Obstetricians and Gynecologist (1995) menyatakan IUFD adalah janin yang mati dalam rahim dengan berat 500 gram atau lebih atau kematian janin dalam rahim pada kehamilan 20 minggu atau lebih.<sup>5,7</sup>

### Kasus

Seorang wanita Gravid 3 Partus 1 Abortus 1 (G3P1A1) berusia 32 tahun datang ke Unit Gawat Darurat (UGD) Rumah Sakit Abdoel Muluk (RSAM) dirujuk oleh bidan dengan keluhan hamil kurang bulan dengan darah tinggi. Pada 1 minggu sebelum masuk rumah sakit pasien mengeluhkan nyeri kepala dan merasa bahwa tubuhnya membengkak. Beberapa hari setelahnya pasien mengeluh sering merasakan nyeri pada ulu hati dan pandangan mata kabur, selain itu pasien juga mengeluhkan gerakan janin berkurang. Pasien pun melakukan kontrol kehamilan ke bidan dan ditemukan tekanan darah 170/95, pasien pun dirujuk ke RS Abdul mulok. Riwayat perut mulas yang menjalar ke pinggang disangkal, riwayat keluar darah lendir disangkal, riwayat keluar air-air disangkal. Pasien mengatakan tidak ada riwayat tekanan darah tinggi sebelum kehamilan, namun orang tua pasien memiliki riwayat tekanan darah tinggi, riwayat mual-muntah disangkal, riwayat kejang disangkal, riwayat menarche pada umur 15 tahun dengan siklus 28 hari, lamanya 7 hari, banyaknya 3x ganti pembalut/hari. Hari pertama haid terakhir 19 Maret 2020, taksiran

persalinan 26 Desember 2020. Riwayat Perkawinan 1x, menikah selama 7 tahun, dan status saat ini masih menikah. Pada kehamilan sebelumnya, pasien mengaku mengalami hamil mola hydatidosa kemudian dilakukan tindakan kuret. Riwayat pemeriksaan antenatal dilakukan rutin setiap bulan. pasien menggunakan kontrasepsi jenis KB suntik sebelumnya.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan, keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 185/110mmHg denyut nadi 80x/menit reguler, isi dan tegangan cukup, respiratory rate 20x/menit, suhu 37,1°C (peraxila). Kepala-leher dalam batas normal. Regio thorax, cor dalam batas normal. Pada auskultasi pulmo didapatkan suara nafas vesikuler dikedua apex paru, suara rhonki negatif. Regio abdomen terdapat nyeri tekan pada epigastrium, edema (+). Ekstremitas superior terdapat edem, ekstremitas inferior edema pada kedua tungkai. Status neurologis: refleks fisiologis normal, refleks patologis negatif, rangsang meningeal negatif.

Pada pemeriksaan Obstetri, Leopold I didapatkan tinggi fundus uteri (20 cm), teraba satu bagian besar, bulat, tidak melenting, lunak kesan bokong. Pada Leopold II teraba bagian memanjang di kiri, kesan letak memanjang punggung kiri. Pada Leopold III teraba satu bagian besar, bulat, melenting, keras, kesan kepala. Leopold IV konvergen. Kesan kepala belum masuk pintu atas panggul (PAP), penurunan 5/5. Taksiran berat janin 1.240 gram, his negatif, denyut jantung janin 0 x/menit. Pemeriksaan dalam tidak dilakukan.

Pada pemeriksaan penunjang ultrasoundography (USG) didapatkan usia gestasi 23 minggu, DJJ (-) janin tunggal mati presentsi kepala, taksiran berat janin 612 gram, ketuban cukup. Pada pemeriksaan laboratorium menunjukkan hasil darah rutin, hemoglobin 15,1 g/dL, hematokrit 46%, leukosit 16.000/uL, trombosit 70.000/uL. Pemeriksaan kimia darah menunjukkan hasil serum glutamic oxaloacetic transaminase (SGOT): 58 U/L, serum glutamic pyruvic transaminase (SGPT): 47 U/L, laktat dehidrogenase (LDH): 1.222/uL dan hasil pemeriksaan urin menunjukkan hasil protein urin 500mg/dL. Pasien didiagnosis G3P1A1 hamil 27 minggu

dengan Preeklampsia berat (PEB) + HELLP sindrom janin tunggal mati presentasi kepala.

Tatalaksana yang dipilih adalah terminasi kehamilan pervaginam dengan induksi oksitosin. Tatalaksana farmakologis yang diberikan berupa drip MgSO<sub>4</sub> 40% 6 gram dalam RL 500 cc gtt XXVIII/menit, diberikan injeksi Dexametason 1x12mg (2hari) lalu diberikan juga Nifedipine 4x10 mg, Dopamet 3x500mg, Misoprostol 4x1, Cefotaxim 1gr/12 jam dan pemasangan kateter foley.

### Pembahasan

Diagnosis harus ditegakkan berdasarkan data klinis yang didapat melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Data pada kasus ini menuntun kepada kesimpulan diagnosis yaitu G3P1A1 hamil 27 minggu dengan Preeklampsia berat (PEB) + HELLP sindrom janin tunggal mati presentasi kepala.

Pada anamnesis didapatkan keluhan nyeri kepala yang telah dirasakan sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit, pasien mengaku sejak 2 minggu terakhir merasa bahwa tubuhnya membengkak, beberapa hari setelahnya ibu mengeluh sering merasakan nyeri pada ulu hati dan terdapat pengelihatn kabur.

Terdapat banyak faktor resiko untuk terjadinya preeklampsia seperti primigravida, primipaternitas, mola hidatidosa, kehamilan multiple, diabetes melitus, umur yang ekstrim, riwayat preeklampsia, penyakit ginjal dan riwayat hipertensi sebelum hamil atau kehamilan sebelumnya, dan obesitas. Pada pasien ini, terdapat riwayat hamil mola pada kehamilan sebelumnya dan kuretase dimana kehamilan mola dikaitkan dengan preeklampsia dini karena faktor anti-angiogenik yang berhubungan dengan patogenesis preeklampsia.<sup>3</sup> Riwayat hipertensi pada keluarga tidak di sangkal.

Pada pemeriksaan fisik ditemukan peningkatan tekanan darah yaitu 185/110mmHg dan adanya edema anasarka. Pada pemeriksaan obstetric ditemukan tinggi fundus uteri yang tidak sesuai dengan usia kehamilan berdasarkan perhitungan HPHT dimana TFU lebih rendah dari seharusnya yang merupakan kemungkinan dari pertumbuhan janin terhambat, oligohidramnion atau IUFD. Pada pemeriksaan DJJ menggunakan dopler

tidak dapat ditemukan DJJ yang menunjukkan kemungkinan adanya IUFD.

Pada pemeriksaan penunjang didapatkan pada pada hasil pemeriksaan darah yaitu Hb15,1 g/dL, hematokrit 46%, leukosit 16.000/uL, trombosit 70.000/uL. Pemeriksaan kimia darah menunjukkan hasil serum glutamic oxaloacetic transaminase (SGOT): 58 U/L, serum glutamic pyruvic transaminase (SGPT): 47 U/L, laktat dehidrogenase (LDH): 1.222/uL dan hasil pemeriksaan urin menunjukkan hasil protein urin 500mg/dL.

Preeklampsia berat adalah preeklampsia dengan tekanan darah sistolik  $\geq 160$  mmHg dan tekanan darah diastolic  $\geq 110$  mmHg disertai proteinuria lebih dari 5g/24 jam.<sup>9</sup> Dikatakan preeklampsia berat jika terdapat keadaan: tekanan darah sistolik  $\geq 160$  mmHg dan tekanan darah diastolik  $\geq 110$  mmHg, proteinuria lebih 5g/24jam atau 4+ dalam pemeriksaan kualitatif, oliguria yaitu produksi urin kurang dari 500cc/24jam, kenaikan kadar kreatinin plasma, gangguan visus dan serebral: penurunan kesadaran, nyeri kepala, skotoma dan pandangan kabur, nyeri epigastrium atau nyeri pada kuadran kanan atas abdomen (akibat teregangnya kapsula glisson), edema paru dan sianosis, hemolisis mikroangiopatik, trombositopenia berat:  $< 100.000$  sel/mm<sup>3</sup> atau penurunan trombosit dengan cepat, gangguan fungsi hepar yaitu peningkatan SGOT dan SGPT, pertumbuhan janin terhambat, dan sindrom HELLP.<sup>6,9,11</sup>

Sindrom HELLP (hemolisis, peningkatan enzim hati, trombositopenia) adalah komplikasi yang paling umum diderita oleh pasien dengan preeklampsia. Pada pasien ini ditemukan hemolisis melalui nilai LDH yang tinggi, peningkatan nilai enzim hati yaitu SGPT dan SGOT, dan nilai trombosit yang kurang dari normal. Berdasarkan jumlah trombosit penderita sindrom HELLP dibagi dalam 3 kelas, yaitu: kelas I jumlah trombosit  $\leq 50.000/mm^3$ , kelas II jumlah trombosit  $> 50.000-100.000/mm^3$ , kelas III jumlah trombosit  $> 100.000-150.000/mm^3$ .<sup>9</sup> Pada pasien ini kadar trombosit 70.000 menunjukkan gejala sindrom HELLP kelas II.

Tatalaksana yang dipilih adalah terminasi kehamilan pervaginam dengan induksi oksitosin. Tatalaksana farmakologis yang diberikan berupa MgSO<sub>4</sub> drip 40% 6 gram dalam RL 500 cc gtt XXVIII/menit, diberikan

injeksi Dexametason 1x12mg lalu diberikan juga Nifedipine 4x10 mg, Dopamet 3x500mg, Misoprostol 4x1, Cefotaxim 1gr/12 jam, O2 5 liter dan pemasangan kateter foley.

Pemberian MgSO<sub>4</sub> 40% 4 gram bolus IV dilanjutkan drip MgSO<sub>4</sub> 40% 6 gram dalam RL 500 cc gtt XX/menit bertujuan untuk mencegah kejang yaitu dengan menghambat atau menurunkan kadar asetilkolin pada rangsangan serat saraf dengan menghambat transmisi neuromuskular sehingga terjadi kompetitif inhibition antara ion kalsium dan ion magnesium.<sup>4</sup> Pemberian MgSO<sub>4</sub> juga dapat menurunkan resiko kematian ibu dan didapatkan 50% dari pemberiannya menimbulkan efek flushes.<sup>12</sup> Pada pasien ini diberikan dexamethasone bertujuan untuk perbaikan sindrom HELLP dan untuk mempercepat perbaikan gejala klinik serta laboratorik. Pada pasien ini juga diberikan nifedipine 4x10 mg. Obat ini bekerja menghambat influx kalsium ke dalam sel otot polos arteri. Nifedipin bersifat lebih selektif sebagai vasodilator dan mempunyai efek depresi jantung yang lemah jika dibandingkan dengan obat golongan CCB lainnya. Dosis maksimum nifedipin 120 mg perhari dan tidak boleh diberikan sublingual karena efek vasodilasi yang sangat cepat.<sup>9,12</sup>

Pemasangan kateter foley pada pasien ini bertujuan untuk memantau cairan yang keluar dari tubuh untuk mengantisipasi terjadinya oliguria (produksi urin <30 cc/jam dalam 2-3jam atau <500 cc/24jam).<sup>6</sup>

Ditinjau dari umur kehamilan dan perkembangan gejala preeklampsia berat selama perawatan, maka sikap terhadap kehamilan dibagi menjadi 2, yaitu mengakhiri kehamilan atau diterminasi bersamaan dengan pemberian pengobatan medikamentosa (aktif) atau dengan mempertahankan kehamilan bersamaan dengan pemberian medikamentosa (konservatif).<sup>6</sup> Pada kaus ini usia kehamilan <37 minggu dengan keadaan janin mati disertai HELLP sindrom dan terdapat tanda-tanda impending eklamsia sehingga diambil tindakan aktif. Indikasi perawatan aktif adalah kehamilan 34 minggu dengan kematian janin.<sup>6,9</sup>

Preeklampsia berat yang tidak terkontrol memiliki risiko komplikasi yang sangat tinggi, penting sekali untuk dilakukan Langkah-langkah preventif pada awal masa kehamilan untuk mencegah timbulnya preeklampsia.

Terdapat beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya preeklampsia, yaitu: istirahat 4 jam/hari selama melakukan aktivitas rutin terbukti dapat menurunkan risiko preeklampsia dibandingkan tanpa pembatasan aktivitas, pembatasan konsumsi garam dalam diet makanan sehari-hari, pemberian aspirin dosis 75 mg atau kurang cukup aman diberikan pada kelompok risiko tinggi untuk menurunkan risiko preeklampsia, dan pemberian kalsium elemental 1,5–2 gr/hari.<sup>1,2,7</sup>

### Simpulan

Pasien didiagnosis G3P1A1 hamil 27 minggu dengan Preeklamsia berat (PEB) + HELLP sindrom janin tunggal mati presentasi kepala. Dipilih tatalaksana terminasi kehamilan

### Daftar Pustaka

1. F. G. Cunningham, K. J. Leveno, S. L. Bloom, J. C. Hauth, L. Gilstrap, & K. D. Wenstrom (Penyunt.), *Williams Obstetrics* (24th Edition ed.). New York: The McGraw-Hill Companies. 2017.
2. Hofmeyr G, Betrán A, Singata-Madliki M, Cormick G, Munjanja S, Fawcus S et al. Prepregnancy and early pregnancy calcium supplementation among women at high risk of pre-eclampsia: a multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled trial. *The Lancet*. 2019;393:330-339.
3. Kanter D, Lindheimer M, Wang E, Borromeo R, Bousfield E, Karumanchi S et al. Angiogenic dysfunction in molar pregnancy. *J Obstet Gynecol*. 2010;202(2
4. Manajemen dan Tata-Laksana Kejang pada Ibu Hamil. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Pelita Harapan; 2016.
5. Pacarada M, Gashi A, Beha A, Obertinca B. Case Report of Severe Preeclampsia and Associated Postpartum Complications. *Journal of Case Reports and Studies*. 2016;4(4):1-3.
6. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran. Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia, *Diagnosis dan Tatalaksana Preeklampsia*, .2016. <http://pogi.or.id>, 10 April 2017.
7. Putri A, Puspitasari R, Prabowo A. Kematian Janin Intrauterin dan

- Hubungannya dengan Preeklampsia. Jurnal Medula Unila. 2017;7(5):62-65.
8. Rao D, Chaudhari N, Moore R, Jim B. CASE REPORT: HELLP syndrome: a diagnostic conundrum with severe complications. BMJ Case Rep. 2016.
  9. Sarwono. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : P.T. Bina Pustaka 9 Prawirohardjo.2016.
  10. Shikanova S, Karimova B, Sarsembayev M, Abdelazim I, Starchenko T, Bekzhanova M. Successful management of severe preeclampsia major complications: Case report. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2019;8(6):2147-2149.
  11. Stella C, Malik K, Sibai B. HELLP syndrome: an atypical presentation. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2008:e6-e8.
  12. Syafrullah S, Lisiswanti R. Preeklampsia Berat dengan Parsial HELLP Sindrom. J Medula Unila. 2019;6(1):160-164.