

LAPORAN KASUS LANGKA.

LATE ONSET POST PARTUM ECLAMPSIA.

P.Y.Kusuma Tirtahusada *

ABSTRACT.

Preeclampsia / Eclampsia usually happen during pregnant, before delivery. Begin with abnormal weight gain, edema, hipertension, proteinuria, proceed gradually, then eclampsia. Eclampsia seldom happen after delivery, if it happen usually within 24 hours after delivery. This is a report of a case with late onset eclampsia, happened five days after delivery, with unusual symptom and sign before: weight gain below normal, no edema, blood pressure 120 / 85. Unfortunately proteinuria were not examined. But there was abnormal increased in diastolic blood pressure: 15 mmHg two weeks before delivery and 20 mmHg a day before delivery. Recent development suggest to examine BMI (body mass index), MAP (mean arterial pressure), ROT (roll over test) and present of genetic factor of preeclampsia / eclampsia to every pregnant woman in the first visit. If there are two factors positive, continue to DVAUT (doppler velocimetry arteria uterina) examination. Treat who is abnormal with low dose aspirin.

Keywords : Late onset eclampsia. Unusual symptom and sign. Examination of BMI, MAP, ROT and DVAUT . Low dose Aspirin. PENAKIB. (Percepatan penurunan angka kematian ibu dan bayi)

ABSTRAK.

Perjalanan penyakit preklamsia / eklamsia biasa menunjukkan tanda-tanda yang mudah dideteksi, berlangsung secara bertahap, dimulai dengan kenaikan berat badan abnormal, kenaikan tekanan darah, adanya proteinuria. Baru kemudian terjadi Eklamsia. Sebagian besar Eklamsia terjadi sebelum persalinan. Namun dapat terjadi sesudah melahirkan, biasanya dalam 24 jam setelah melahirkan. Pada kasus ini, eklamsia terjadi pada hari ke lima sesudah melahirkan, tanpa didahului tanda-tanda yang mengundang kecurigaan adanya preeklamsia, kecuali kenaikan tekanan diastolik 15 mm Hg pada dua minggu sebelum persalinan, dan kenaikan 20 mm Hg sehari sebelum persalinan. Itupun 120 / 85, yang secara sepintas dipandang sebagai tekanan darah normal. Selama kehamilan tidak dilakukan pemeriksaan proteinuria . Perkembangan terakhir menyarankan pada awal kehamilan dilakukan pemeriksaan BMI (*body mass index*), MAP (*mean arterial pressure*), ROT (*roll over test*) dan anamnesa riwayat kehamilan sebelumnya dan faktor keturunan, untuk mencari potensi kemungkinan akan terjadinya Preeklamsia. Bila ada dua faktor yang positif, sebaiknya dilakukan pemeriksaan DVAUT (*doppler velocimetry arteria uterina*). Bila abnormal, beri terapi aspirin dosis rendah.

Kata kunci: Late onset eclampsia. Eklamsia dengan tanda-tanda abnormal . Pemeriksaan BMI, MAP, ROT dan DVAUT. Aspirin dosis rendah. PENAKIB. (Percepatan penurunan angka kematian ibu dan bayi).

*Fakultas Kedokteran Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya

PENDAHULUAN

Salah satu “momok” dalam bidang obstetri adalah preeklamsia-eklamsia (PE/E), karena merupakan kira-kira 30% penyebab kematian ibu (kematian maternal). Penyebab terbesar kedua setelah perdarahan. Di negara maju bahkan menduduki penyebab pertama kematian ibu.

Preeklamsia-Eklamsia sudah dikenal lama, banyak teori dikemukakan sebagai etiologi, namun belum ada teori yang benar-benar memuaskan, yang bisa menjelaskan semua patofisiologi terjadinya Preeklamsia – Eklamsia, sehingga dikenal sebagai *disease of theory*. Penyebab yang pasti tentunya kehamilan itu sendiri. Buah kehamilan merupakan benda asing bagi ibu hamil, karena membawa kromosom dari ayah, sehingga terjadi reaksi penolakan dari ibu hamil.

Biasanya diagnosis Preeklamsia-Eklamsia ditegakkan pada kehamilan di atas 20 minggu. Gejala awal adalah kenaikan berat badan yang berlebihan, lebih dari dua kilo gram dalam satu bulan. Diikuti naiknya tekanan darah, disertai udem dan atau protei uria. Biasanya proses ini berjalan berangsur-angsur, sehingga mudah dikenal oleh tenaga kesehatan, tersedia cukup waktu untuk memberi terapi. Di lapangan, Eklamsia biasanya terjadi karena ibu hamil jarang memeriksakan kehamilannya, sehingga Preeklamsia tidak diketahui, baru memeriksakan kehamilannya setelah terjadi kejang.

Eklamsia lebih sering terjadi sebelum melahirkan, sebagai akibat tidak terdiagnosisnya Preeklamsia Berat. Namun Eklamsia juga bisa terjadi selama proses kelahiran dan setelah melahirkan. Biasanya Preeklamsia sudah terdiagnosis sebelum melahirkan, kelahiran itu sendiri sering sebagai tindakan untuk mencegah memburuknya Preeklamsia, sebagai upaya mencegah terjadinya eklamsia. Eklamsia pasca bersalin biasanya terjadi dalam dua puluh empat jam setelah melahirkan. Terapi anti kejang dilakukan sampai dua kali dua puluh empat jam bebas kejang. Namun ada penulis yang menyebut kasus Eklamsia yang terjadi hari kesepuluh pasca bersalin. Kasus seperti ini dikenal sebagai *late onset eclampsia*.

PATOFISIOLOGI

Preeklamsia – Eklamsia dikenal dengan triasnya, yaitu kehamilan di atas 20 minggu yang disertai hipertensi, edema dan atau proteinuria. Beberapa perubahan fisiologi munculnya ketiga gejala tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut: pertama, terjadi *vaso spasme* yang merata, sehingga terjadi kenaikan tekanan darah. Kedua, meningkatnya permeabilitas pembuluh darah, sehingga terjadi ekstravasasi cairan, dari intra vaskuler ke ekstra vaskuler, maka terjadi edema. Edema dapat terjadi di mana-mana, tentunya yang mudah diketahui adalah dimulai dari kaki. Ketiga, terjadi kerusakan endotel pembuluh darah, sehingga terjadi perdarahan kecil-kecil, dapat merata di berbagai organ tubuh, diikuti gangguan fungsi organ tersebut. Bila terjadi gangguan di ginjal, akan menimbulkan kebocoran protein lewat urin.

Disebut Preeklamsia Ringan (PER) apabila Tensi 140 / 90 atau kenaikan sistolik 30 mm Hg atau lebih; Atau kenaikan diastolik 25 mm Hg atau lebih. Disertai edema dan atau proteinuria (++) . Disebut Preeklamsia Berat (PEB) kalau Tensi 160 / 110 atau lebih disertai edema dan atau proteinuria (+++). Preeklamsia disertai pusing, nyeri ulu hati, penurunan visus, disebut *impending* Eklamsia. Kalau disertai kejang atau koma disebut Eklamsia

Dari ketiga perubahan yang disebutkan di atas, bila berlanjut, akan menimbulkan rangkaian gangguan organ, seperti udem otak; perdarahan di otak; udem paru; gagal jantung; gagal ginjal; gagal fungsi hati ; gangguan hematologi, gangguan pembekuan darah; *DIC (disseminated intravascular coagulopathy)* ; *HELLP (hepar enzyme elevated low platelets) syndrome*; DII.

Biasanya Eklamsia didahului oleh Preeklamsia Berat, ini didahului oleh Preeklamsia Ringan. Tanda kenaikan tekanan darah, udem dan protein uria mudah dikenal oleh semua tenaga kesehatan, di samping itu masih tersedia cukup waktu, sehingga dapat segera diberi terapi, mencegah terjadinya kejang. Kalau terjadi kejang, biasanya sudah disertai kelainan pada beberapa organ, sehingga prognosnya buruk. Dengan mengakhiri kehamilannya, maka proses Preeklamsia-Eklamsia berakhir dengan lepas dan lahirnya plasenta. Dalam duapuluh empat jam setelah melahirkan risiko terjadinya kejang masih ada, sejalan dengan kembalinya hemodinamik, kembalinya cairan ekstra vaskuler ke intra vaskuler. Jarang terjadi kejang setelah duapuluh empat jam. Kalau itu terjadi disebut *late onset* eklamsia, atau kemungkinan penyebab kejang yang lain.

KASUS LATE ONSET ECLAMPSIA

Ny. X , 31 tahun. Periksa ke dokter A. SpOG pada tgl 20/11/2014. HPHT(Hari pertama haid terakhir) 27-9-2014, Tes kehamilan (+). TB (Tinggi badan) 144 cm, BB (Berat badan) 49 kg. Periksa USG: *gestasional sac (+)* , *Fetal pole (+)*

Tgl 3/12/2014. T 105 / 65 USG janin tunggal, hidup, intra uterin.

Tgl. 7/1/2015. T. 100 / 60 BB 50 kg.

Tgl.3/2/15. T 100 / 65 BB 50 kg.

Tgl. 6/3/15. T100 / 60 BB 52 kg. Udem (=)

Tgl.2/4/15. T. 110 / 70 bb 53.5 kg.

Tgl. 28/4/15 T. 110 / 75. BB 54 kg.

Tgl. 14//5/15. T. 110 / 75. BB 55 kg.

Tgl. 16/6/15. T 115 / 80. BB 55,5 kg.

Tgl. 23/6/15. T. 115 / 60. BB 55,5 kg.

Tgl. 30/6/15, T 120 /85. BB 55,5 kg.

Catatan: selama pemeriksaan, udem tungkai (-), protein urin tidak diperiksa.

Tgl. 1/7/15 tanda-tanda inpartu. Dilakukan Seksio saesarea atas indikasi CPD (*Cephalo Pelvic dysproportion*), TB 144 cm, kapala janin masih tinggi. *Non Stress Test (NST)*: Ada tanda- tanda beberapa kali kompresi tali pusat dalam kurun waktu 12 menit.

Pra-operasi : Lab. Hb 11,9 gr%. Faal pembekuan darah normal. Trombosit 297.000. Lain-lain normal

Selama operasi : Jam 10.00. T 140 / 75. Jam 10,05. T 130 / 70. Jam 19.10. T 140 / 80. Jam 10.15. T 140 / 8. Jam 10.20. T 140 / 80. Jam 10.25. T 140 / 80. Jam 10.30. T 140 / 80. Jam 10.35 T 140 / 80.

Jam 10.40. T 140 / 80. Ketika ditanyakan kepada dokter anestesia, dijawab hal itu wajar, karena pada anestesi SAB, untuk mencegah penurunan tensi yang dapat mengakibatkan muntah , sehingga mengganggu operator, maka rutin diberikan efedrin, dengan akibat tensi agak naik.

PERAWATAN PASCA OPERASI

1/7/15 Jam 11.00. T. 111 / 70 Jam 17.00 T. 113 / 71. Jam 23.00. T. 117 / 79

2/7/15. Jam 05.30. T. 109 / 68. Jam, 17.00 120 / 80.

3/7/15. Jam 05.00 T. 120 / 70., 11.00 T 120 / 80.

4/7/15. Jam 05.00. T. 120/80. Tidak ada keluhan pasien dipulangkan.

Tgl. 5 / 15 malam jam 23.30 pasien kembali dengan keluhan sakit kepala, T. 90 / 60 tanpa tanda tanda mencurigakan lain, diberi Doloneurobion, pulang.

Tgl. 6 / 7/15 pagi kejang di rumah, dibawa ke RS terdekat. T. 165 / 100. Udema (-).

Konsul dokter spesialis syaraf. Diberi Fenitoin bolus, masih kejang lagi. Konsul dokter penyakit dalam, masih ada kemungkina SLE yang dapat menyebabkan kejang. Cek urine: protein ++. Maka didiagnosis Eklamsia , diberi terapi MgSO₄. Kejang hilang. GCS 4-5-6. Tgl. 8 / 7 / 15 pasien pulang dalam keadaan baik.

RINGKASAN KASUS.

Pasiien ibu hamil usia 31 tahun, TB 144 cm, BB 49 kg.. ANC (*Ante Natal Care*) baik, tensi dalam batas normal, selama ANC tidak ada udema, protein urin tidak diperiksa, kenaikan berat badan

Saat inpartu (39 mgg – 40 mgg) Didiagnosis CPD dan ada kompresi tali pusar, dilakukan seksio Sesarea. Selama operasi, rutin diberi efedrin, tensi naik 140 / 80. Pasca operasi, tensi kembali normal.Hari ke 4 dipulangkan. Hari kelima terjadi kejang dirumah. Dibawa ke RS. T 165 / 100, udema (-), konsul spesialis syaraf, udema otak , terapi Fenitoin, masih kejang . Konsul spesialis penyakit dalam : tak ada kelainan. Cek proteinuria;++. Didiagnosis Eklamsia hari ke enam pasca persalinan, diberi terapi MgSO₄, kejang hilang .

DISKUSI.

1. Saat terjadinya Eklamsia: Sebagian besar Eklamsia terjadi sebelum melahirkan, jarang terjadi sesudah melahirkan, walaupun terjadi biasanya dalam 24 jam sesudah melahirkan. Pada kasus ini , kejang terjadi pada hari ke lima sesudah melahirkan.
2. Kenaikan berat badan (BB): Sebagai akibat dari udema pada PE, biasanya tanda awal PE dimulai dengan kenaikan BB lebih dari dua kg / bulan. Pada kasus ini hal itu tidak terjadi, bahkan kenaikan BB masih dibawah harapan, hanya 5.5 Kg pada akhir kehamilannya.
3. Kenaikan tekanan darah: Kenaikan tekanan darah terjadi sesudah usia kehamilan minggu ke 20, biasanya naik secara bertahap, tersedia cukup waktu berkembang dari PER ke PEB dan ke Eklamsia, sehingga mudah dideteksi, selanjutnya diterapi, agar tidak terjadi kejang (Eklamsia). Pada kasus ini kenaikan tekanan darah seperti kriteria PER (140 / 90) tidak

pernah terjadi, namun bila diteliti, memang terjadi kenaikan tekanan darah secara bertahap. Dari 105 / 65 pada awal kehamilan, menjadi 110 / 70, menjadi 115 / 80, kemudian menjadi 120 / 85 pada akhir kehamilan. Terjadi kenaikan tekanan diastolik sebesar 20 mmHg, melebihi batas PER: 15 mmHg.

4. Udema: Kenaikan tekanan darah saja tanpa disertai udema dan atau proteinuria, bukan PE. Pada kasus ini, selama kehamilan, nifas, bahkan saat kejang tidak ada udema.
5. Proteinuria: Pada kasus, ini proteinuria tidak dilakukan selama hamil, baru diketahui proteinuria positif dua, saat terjadi kejang.

KESIMPULAN

Pada kasus ini, perjalanan PER/E tidak mengikuti pola biasanya: kenaikan BB, udem, disusul kenaikan tekan darah, kemudian proteinuria, baru kejang. Biasanya terjadi sebelum melahirkan. Pada kasus ini, kejang terjadi pada hari ke lima sesudah melahirkan. Selama kehamilan tidak ada udema, tidak pernah dilakukan pemeriksaan proteinuria selama kehamilannya. Satu-satunya tanda adalah kenaikan tekanan diastolik 15 mmHg dua minggu sebelum persalinan, 20 mm Hg sehari sebelum persalinan. Setelah persalinan tekanan darah kembali seperti semula, namun tekanan diastolik naik 15 mmHg sebelum dipulangkan. Tampaknya proses patofisiologi terjadinya PE sebenarnya sedang berlangsung, hanya saja tidak berlangsung seperti biasanya, lagi pula kenaikan tekanan darah hanya pada diastolik, itupun dalam batas yang tidak menimbulkan kecurigaan (120 / 85).

Sebaiknya pada setiap ibu hamil dilakukan pemeriksaan BB, kenaikan darah, proteinuria. Setiap kali muncul salah satu tanda, lakukan *review* secara menyeluruh.

PERKEMBANGAN TERAKHIR

Divisi Fetomaternal Departemen Obstetri dan Ginekologi RSUD dr. Soetomo Surabaya melakukan upaya deteksi dini adanya potensi Preeklamsia-Eklamsia pada ibu hamil, bekerja sama dengan Dinas Kesehatan kota Surabaya. Pilot proyek upaya Percepatan Penurunan AKI dan AKB (PENAKIB) ini dilakukan di Puskesmas Mulyorejo, Kodya Surabaya.

Kepada semua ibu hamil, pada kunjungan pertama kali, dilakukan pemeriksaan:

1. Riwayat kehamilan dan persalinan terdahulu, riwayat kehamilan dan persalinan ibu dari ibu hamil, apa pernah Preeklamsia –Eklamsia.
2. BMI (*Body Mass Index*) yaitu $BB / TB \times TB$. bila > 29 , ada potensi PE/E.
3. Ukur MAP (*Mean Arterial Pressure*), yaitu $(2x \text{ Diastolik} + \text{Sistolik}) \times 1/3$. Bila > 90 , ada potensi PE/E.
4. Ukur ROT (*Role Over Test*), yaitu beda tekanan darah sistolik pada posisi terlentang dan posisi miring. Bila > 15 mm Hg, ada potensi PE/E

Bila terdapat 2 faktor (+), maka dikonsulkan ke RSUD dr. Soetomo untuk pemeriksaan DVAUT (*Doppler Velocimetry Arteria Uterina*), untuk ditetapkan *grading* (0, I, II, III,). *Grade* I-III diberi terapi aspirin (aspirin dosis rendah) satu kali sehari selama kehamilannya. Selama percobaan satu tahun lebih, pemberian aspirin memberi hasil yang memuaskan, *grade* bisa kembali 0 (normal). Saat

ini replikasi program ini dimulai di Bangkalan. Bila hasilnya memuaskan, akan di replikasi di beberapa RS PONEK di Jawa Timur, selanjutnya ditingkat nasional.

Tentu akan lebih baik jika pemeriksaan awal kepada ibu hamil dilakukan pemeriksaan BMI, MAP, ROT, di praltek mandiri maupun di klinik ibu hamil.

KEPUSTAKAAN

1. Wibowo,B. Dalam buku Ilmu Kebidanan, Editor ketua Prawirohardjo, Penerbit Yayasan Bina Pustaka, Jakarta. Edisi pertama tahun 1976.
2. Cunningham, MacDonald, Gant, Leveno, Gilstrap, Hankins, Clark. Williams Obstetrics. 20 th Edition, PRENTICE-HALL INTERNATIONAL ., INC 1997.

Sulistiono,A. dalam Forum Percepatan Penurunan AKI dan AKB (PENAKIB), Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, tahun 2014.