



Preeklamsia Berat dengan Parsial HELLP Sindrom

Sarah Carolin Syafrullah, Rika Lisiswanti
Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Preeklamsia merupakan sindrom spesifik kehamilan berupa berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel, yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan proteinuria. Preeklamsia terjadi pada umur kehamilan di atas 20 minggu, paling banyak terlihat pada umur kehamilan 37 minggu, tetapi dapat juga timbul kapan saja. Sindrom Hemolysis Elevated Liver Enzymes Low Platelet (HELLP) Parsial yaitu bila dijumpainya satu atau dua dari ketiga parameter sindrom HELLP yaitu: Hemolysis (H), Low Trombosit counts (LP), Hemolysis + low trombosit counts (H+LP), hemolysis + elevated liver enzymes (H+EL). Metode yang digunakan adalah case report dengan analisis data primer diperoleh dari gejala, pemeriksaan fisik dan Pemeriksaan penunjang laboratorium menunjukkan hemoglobin: 12,9 g/dL, hematokrit: 36%, leukosit: 15.880/uL, trombosit: 157.000/uL, serum glutamic oxaloacetic tranminase: 130 u/L, serum glutamic pyruvic transminase: 80 u/L, laktat dehidrogenase: 119 u/L, proteinuri 500mg/dL dan pada pemeriksaan ultrasonografi usia gestasi 29 minggu, janin tunggal hidup presentsi kepala, berat janin 1193 gram, ketuban cukup. Terdapat faktor-faktor yang berhubungan erat dengan timbulnya penyakit preeklamsia pada pasien ini, yaitu ketidaktahuan terhadap penyakit dan obesitas pada pasien. Pada kasus ini dipilih tatalaksana konservatif karena pada pasien kehamilan pretrem kurang dari 37 minggu tanpa disertai tanda-tanda impending eklamsia dengan keadaan janin baik.

Kata Kunci: kehamilan, parsial HELLP sindrom, preeklamsia

Severe Preeklamsia with Partial HELLP Syndrome

Abstract

Preeclampsia is a syndrome specifically found in pregnancy in which organ perfusion is reduced due to vasospasm and endothelial activation, characterized by increased blood pressure and proteinuria. Preeclampsia occurs in more than 20 weeks gestational age, most commonly at 37 weeks' gestation, but can also emerge at any time. Parsial HELLP syndrome was found when one or two from three parameter: Hemolysis (H), Low Trombosit counts (LP), Hemolysis + low trombosit counts (H+LP), hemolysis + elevated liver enzymes (H+EL). The method used case report with analysis of primary data which obtained through autoanamnesis, physical examination, and result of blood laboratory indicated: hemoglobin: 12,9 g/dL, hematokrit: 36%, leukosit: 15.880/uL, trombosit: 157.000/uL, serum glutamic oxaloacetic tranminase 130u/L serum glutamic pyruvic transminase: 80 u/L, laktat dehidrogenase: 119 u/L, result of urine laboratory indicated: proteinuri 500mg/dL and result of ultrasoundography indicated gestation age 29 weeks, single fetal head presentation live, fetal weight 1193 gram, enough amniotic. There was factors that are closely related to the onset of preeclampsia disease in this patient, which are the ignorance of the disease and obesity in patient. This case was treated with conservative management for patient with less than 37 weeks pregnant without signs of impending eclampsia with well fetal state.

Keywords : partial HELLP syndrome, preeklamsia, pregnancy

Korespondensi : Sarah Carolin Syafrullah, S.Ked, alamat Jl. K. S Tubun No. 25 Rawalaut, HP 081379679222, e-mail carolinsarah@ymail.com

Pendahuluan

Penyakit hipertensi dalam kehamilan atau preeklamsia sampai sekarang masih merupakan masalah kebidanan yang belum dapat dipecahkan dengan tuntas. Preeklamsia adalah salah satu dari 3 penyebab kematian utama ibu disamping perdarahan dan infeksi.¹

Preeklamsia merupakan sindrom spesifik kehamilan berupa berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel, yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan proteinuria. Preeklamsia terjadi pada umur kehamilan 20 minggu, paling banyak terlihat pada umur kehamilan

37 minggu, tetapi dapat juga timbul kapan saja pada pertengahan kehamilan. Preeklamsia dapat berkembang dari preeklamsia yang ringan sampai preeklamsia yang berat.²⁻⁴

Menurut data yang didapat dari WHO pada tahun 2010 terdapat 536.000 kematian maternal di dunia yaitu 25% disebabkan oleh perdarahan, infeksi 15% dan eklamsia 12%. Pada tahun 2009-2012 preeklamsia menjadi penyebab utama kematian maternal yaitu 52.9% diikuti perdarahan 26,5% dan infeksi 14,7%.⁴ Hal ini membuat preeklamsia masih menjadi masalah dalam pelayanan obstetri di Indonesia. Laporan kasus di Sumatera Utara



menyebutkan, preeklamsia terjadi sebanyak 3.560 kasus dari 251.449 kehamilan selama tahun 2010, sedangkan di RS dr. Pirngadi Medan pada tahun 2009-2010 dilaporkan angka kematian ibu dengan preeklamsia sebanyak 4,65%.¹⁻³

Penyebab preeklampsia sampai saat ini belum diketahui. Kenaikan tekanan darah dan tanda-tanda maternal lainnya hanya gambaran sekunder yang merupakan refleksi dari suatu masalah intra uterin. Dengan demikian tanda-tanda preeklamsia harus dipandang sebagai konsekuensi dari suatu proses patologis yang lebih fundamental pada sistem target maternal yang spesifik yaitu sistem arteri, hepar, ginjal dan sistem koagulasi. Tiga kelainan sistem target maternal yang sering terjadi bersamaan pada kasus preeklampsia dan eklampsia yaitu kelainan laboratorium berupa hemolisis intravaskuler, peninggian kadar enzim-enzim hepar dan jumlah trombosit yang rendah.⁵

Sebagai varian preeklamsia berat yang unik dan untuk pertama kalinya memperkenalkan istilah sindrom HELLP yang merupakan singkatan dari *haemolysis* (H), *elevated liver enzymes* (EL) dan *low platelet counts* (LP). Sindrom HELLP merupakan suatu kondisi pada wanita hamil yang perlu benar-benar diperhatikan dalam kaitannya dengan proses patologis pada sistem target maternal dibalik tanda-tanda klasik preeklampsia dan eklampsia. Sindrom ini juga dihubungkan dengan keadaan penyakit yang berat atau akan berkembang menjadi lebih berat serta dengan prognosis maternal dan luaran perinatal yang lebih buruk, walaupun angka-angka kematian maternal perinatal yang dikemukakan masih sangat bervariasi mengingat perbedaan kriteria diagnosis yang digunakan serta saat diagnosis ditegakkan.^{1,4,6}

Kasus

Seorang wanita Gravid¹Partus⁰Abortus⁰ (G¹P⁰A⁰) berusia 22 tahun datang ke Unit Gawat Darurat (UGD) Rumah Sakit Abdoel Muluk (RSAM) dirujuk oleh bidan dengan keluhan hamil kurang bulan dengan darah tinggi. Tiga jam sebelum masuk rumah sakit, penderita mengalami pusing lalu kontrol ke bidan dan didapatkan tekanan darah 160/100 mmHg lalu penderita disarankan ke RSAM. Riwayat perut mules yang menjalar ke pinggang disangkal, riwayat keluar darah

lendir disangkal, riwayat keluar air-air disangkal. Pasien mengatakan riwayat tekanan darah tinggi sebelum kehamilan disangkal, riwayat tekanan darah tinggi dalam keluarga disangkal, riwayat mual-muntah disangkal, riwayat pandangan kabur disangkal, riwayat kejang disangkal, riwayat nyeri ulu hati disangkal. Riwayat *menarche* pada umur 12 tahun dengan siklus 28 hari, lamanya 7 hari, banyaknya 3x ganti pembalut/hari. Hari pertama haid terakhir 14 Oktober 2014, taksiran persalinan 21 Juli 2015. Riwayat Perkawinan 1x, menikah selama 1 tahun, dan status saat ini masih menikah. Riwayat pemeriksaan antenatal dilakukan 1x pada minggu ke-4 kehamilan. Riwayat penyakit dahulu tidak ada, riwayat penyakit keluarga tidak ada, pasien belum pernah menggunakan kontrasepsi sebelumnya.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan, keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 160/110 mmHg denyut nadi 80 x/menit reguler, isi dan tegangan cukup, *respiratory rate* 20 x/menit, suhu 36,8 °C (peraxila). Kepala-leher dalam batas normal, tenggorokan faring tidak hiperemis, tonsil T1-T1. Regio thorax, cor dalam batas normal. Pada auskultasi pulmo didapatkan suara nafas vesikuler di kedua apex paru, suara rhonki negatif. Regio abdomen tampak datar, pada palpasi teraba lemas tidak terdapat nyeri tekan pada epigastrium, perkusi didapatkan suara timpani, dan pada auskultasi bising usus normal. Ekstremitas superior normal, ekstremitas inferior edema pada kedua tungkai. Status neurologis: refleks fisiologis normal, refleks patologis negatif, rangsang meningeal negatif. Berat badan sebelum hamil 75 kg, tinggi badan 157 cm sehingga didapatkan IMT 30,42 kg/m², kesan gizi obesitas.

Pada pemeriksaan Obstetri, Leopold I didapatkan tinggi fundus uteri (24 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 1705 gram, his negatif, denyut jantung janin 125 x/menit. Pada pemeriksaan *vaginal*



toucher didapatkan portio lunak, berada pada bagian posterior, pendataran 0%, pembukaan kuncup, ketuban belum dapat dinilai, bagian terendah kepala, penurunan pada Hodge I, penunjuk belum dapat dinilai. Pada pemeriksaan penunjang *ultrasounography* (USG) didapatkan usia gestasi 29 minggu, janin tunggal hidup presentsi kepala, berat janin 1.193 gram, ketuban cukup.

Pada pemeriksaan laboratorium menunjukkan hasil darah rutin, hemoglobin 12,9 g/dL, hematokrit 36%, leukosit 15.880/uL, trombosit 157.000/uL. Pemeriksaan kimia darah menunjukkan hasil serum *glutamic oxaloacetic transminase* (SGOT): 130 U/L, serum *glutamic pyruvic transminase* (SGPT): 80 U/L, laktat dehidrogenase (LDH): 119/uL dan hasil pemeriksaan urin menunjukkan hasil 500 mg/dL.

Pasien didiagnosis $G^1P^0A^0$ hamil 29 minggu dengan Preeklamsia berat (PEB) + parsial HELLP sindrom janin tunggal hidup presentasi kepala. Tatalaksana yang dipilih adalah tetap mempertahankan kehamilan dan monitoring hasil laboratorium. Tatalaksana farmakologis yang diberikan berupa injeksi $MgSO_4$ 40% 4 gram, lanjut drip $MgSO_4$ 40% 6 gram dalam RL 500 cc gtt XXV/menit, diberikan injeksi Dexametason 1x12 mg (2 hari) lalu diberikan juga nifedipine 3x10 mg dan pemasangan kateter *foley*.

Pembahasan

Penegakan diagnosis dapat dilakukan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Hasil tersebut sudah menunjukkan diagnosis yang tepat yaitu $G^1P^0A^0$ hamil 29 minggu dengan PEB + parsial HELLP sindrom janin tunggal hidup presentasi kepala. Pada anamnesis didapatkan keluhan pusing sejak tiga jam sebelum masuk rumah sakit dan pada pemeriksaan fisik ditemukan peningkatan tekanan darah yaitu 160/110 mmHg dan adanya edema pretibia. Pada pemeriksaan penunjang didapatkan pada hasil pemeriksaan darah didapatkan Hb: 12,9 gr/dL, Leukosit : 15.880/uL, Hematokrit: 36%, Trombosit: 157.000/uL, SGOT: 130 U/L, SGPT: 80 U/L, LDH: 119/uL, hasil urin didapatkan proteinuria 500 mg/dL.

Preeklamsia berat adalah preeklamsia dengan tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg

disertai proteinuria lebih 5 g/24 jam. Diagnosis preeklamsia berat apabila ditemukan satu atau lebih gejala berikut: tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg, proteinuria lebih 5 g/24jam atau 4+ dalam pemeriksaan kualitatif, oliguria yaitu produksi urin kurang dari 500 cc/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/mm³ atau penurunan trombosit dengan cepat, gangguan fungsi hepar yaitu peningkatan SGOT dan SGPT, pertumbuhan janin terhambat, dan sindrom HELLP.^{4,6}

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 $\leq 50.000/mm^3$, kelas II jumlah trombosit $> 50.000-100.000/mm^3$, kelas III jumlah trombosit $> 100.000-150.000/mm^3$.⁶

Pada pasien ini didapatkan faktor resiko obesitas dimana dari hasil pemeriksaan fisik berat badan sebelum hamil 75 kg, tinggi badan 157 cm sehingga didapatkan IMT 30,42 kg/m². Terapi yang diberikan pada pasien ini berupa pemberian $MgSO_4$ 40% 4 gram bolus IV, dilanjutkan drip $MgSO_4$ 40% 6 gram dalam RL 500 cc gtt XX/menit, diberikan injeksi Dexametason 1x12mg (2 hari) dan nifedipin 3x10 mg, serta pemasangan kateter *foley*. Pada pasien direncanakan untuk mempertahankan kehamilan dan monitoring hasil laboratorium.

Terdapat banyak faktor resiko untuk terjadinya preeklamsia seperti primigravida, primipaternitas, mola hidatidosa, kehamilan multiple, diabetes melitus, umur yang ekstrim, riwayat preeklamsia, penyakit ginjal dan riwayat hipertensi sebelum hamil atau kehamilan sebelumnya, dan obesitas. Pada penderita obesitas terjadi ketidakseimbangan antara konsumsi kalori dengan kebutuhan



energi yang disimpan dalam bentuk lemak. Penimbunan lemak di sepanjang pembuluh darah mengakibatkan aliran darah menjadi kurang lancar sehingga berpotensi mengalami penyumbatan darah dan mengakibatkan suplai oksigen serta zat makanan kedalam tubuh terganggu. Penyempitan dan sumbatan oleh lemak ini memacu jantung untuk memompa darah lebih kuat lagi agar dapat memasok kebutuhan darah ke jaringan. Akibatnya, tekanan darah meningkat.⁶⁻⁸

Pemberian MgSO₄ 40% 4 gram bolus IV dilanjutkan drip MgSO₄ 40% 6 gram dalam RL 500 cc gtt XX/menit bertujuan untuk mencegah kejang dengan cara kerja menghambat atau menurunkan kadar asetilkolin pada rangsangan serat saraf dengan menghambat transmisi neuromuskular sehingga terjadi kompetitif *inhibition* antara ion kalsium dan ion magnesium. Pemberian MgSO₄ juga dapat menurunkan resiko kematian ibu dan didapatkan 50% dari pemberiannya menimbulkan efek *flushes* (rasa panas).⁹⁻¹²

Pada pasien ini diberikan dexamethason 12 mg dengan 2x pemberian selama 2 hari dan diikuti dengan *tapering off* bertujuan untuk pematangan paru janin, untuk sindrom HELLP sendiri dapat mempercepat perbaikan gejala klinik dan laboratorik. Perbaikan gejala klinik dapat dilihat dari meningkatnya produksi urin, menurunnya tekanan darah.¹³

Pada pasien ini juga diberikan nifedipin 3x10 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 vasodilatasi yang sangat cepat.^{10,12}

Pemasangan kateter *foley* pada pasien ini bertujuan untuk memantau cairan yang keluar dari tubuh karena ditakutkan terjadi oliguria (produksi urin <30 cc/jam dalam 2-3 jam atau <500 cc/24jam).^{2,9}

Ditinjau dari umur kehamilan dan perkembangan gejala preeklamsia 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). Pada kasus ini usia kehamilan <37 minggu dengan keadaan janin baik dan parsial HELLP sindrom serta tidak ada tanda-tanda impending eklamsia sehingga diambil tindakan konservatif.⁹

Indikasi perawatan konservatif adalah bila kehamilan preterm <37 minggu tanpa disertai tanda-tanda impending eklamsia dengan keadaan janin baik. Diberikan pengobatan yang sama dengan pengobatan medikamentosa pada pengelolaan secara aktif. Selama perawatan konservatif, sikap terhadap kehamilannya ialah hanya observasi dan evaluasi sama seperti perawatan aktif, kehamilan tidak diakhiri. Magnesium sulfat dihentikan bila ibu sudah mencapai tanda-tanda preeklamsia ringan, selambat-lambatnya dalam waktu 24 jam. Bila dalam 24 jam tidak ada perbaikan, keadaan ini dianggap sebagai kegagalan pengobatan medikamentosa dan harus diterminasi.¹⁴

Walaupun kemajuan pengobatan pada kasus preeklamsia berat sangat pesat, direkomendasikan kepada ibu hamil untuk mencegah terjadinya penyakit ini. Terdapat beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya preeklamsia, yaitu: istirahat 4 jam/hari selama melakukan aktivitas rutin terbukti dapat menurunkan risiko preeklamsia 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 preeklamsia, dan pemberian kalsium elemental 1,5–2 gr/hari.^{6,10}

Simpulan

Pasien didiagnosis G¹P⁰A⁰ hamil 29 minggu dengan PEB + Parsial HELLP sindrom janin tunggal hidup presentasi kepala. Dipilih tatalaksana konservatif karena pada pasien kehamilan preterm kurang dari 37 minggu tanpa disertai tanda-tanda impending eklamsia dengan keadaan janin baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Making pregnancy safer. Geneva Switzerland: Family and Community Health; 2005.



2. Cunningham GF, Kenneth JL, Steve Bloom, dkk. *Obstetri williams*. Jilid 1. Edisi ke-23. Jakarta: EGC; 2010.
3. Warden M. Preeclampsia (toxemia of pregnancy) [internet]. Department of Emergency Medicine. Metrowest Physicians; 2005 [disitasi tanggal 10 Agustus 2016]. Tersedia dari: <http://www.emedicine.com>.
4. 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.
5. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. Karakteristik preeklamsia dan eklamsia tahun. Medan; 2011.
6. Perveen S, Altaf W, Vohra N, et al. Effect of gestational age on cord blood plasma copper, zinc, magnesium and albumin. *Ear hum dev*. 2012; 69(1):15-23.
7. Bilano VL, Ota E, Ganchimeg T, et al. Risk factors of preeclampsia/eclampsia and its adverse outcomes in low and middle-income countries: a WHO secondary analysis. *PLoS one*. 2014; 9(3):1-9.
8. Rasmussen KM, Catalano PM, Yaktine AL. New guidelines for weight gain during pregnancy: what obstetrician/gynecologists should know. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2010; 21(6):521-6.
9. Jeyabalan Arun. Epidemiology of preeclampsia: Impact of obesity. *Nutr Rev*. 2013; 71(1):10-11.
10. Prawirhardjo S. *Ilmu kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2010.
11. Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia. *Konsensus pre-eklamsia*. Indonesia: Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi; 2010.
12. Uzan J, Carbonnel M, Piconne O, Asmar R, Ayoubi JM. Pre-eclampsia: pathophysiology, diagnosis, and management. *Vascular Health and Risk Managemen*. Dove pres. 2011; 7(1):467-74.
13. Johnson AC, Tremble SM, Chan SL, et al. Magnesium sulfate treatment reverses seizure susceptibility and decreases neuroinflammation in a rat model of severe preeclampsia. *PLoS one*. 2014; 9(11):1-11.
14. Turner JA. Diagnosis and management of pre-eclampsia: an update. *Int J Women's Health*. Dov Pres. 2011; 2(1):327-37.