



MANAGEMENT OF WOMAN 20 YEARS OLD WITH GESTASIONAL EPILEPSY

I Putu Artha Wijaya

Faculty of Medicine, Universitas Lampung

Abstract

Epilepsy came from greece is "attacking" or a disease which come shudently. Epilepsi in pregnan woman increase abortion risk or baby disability when it birth. A woman 20 years old came with complain convulse 3 hours before enter the hospital. When she was convulse both of her hand straigh and spasm. Her mouth look like bite something but there was no foam , her eyes look up and she become unconsiuous. Patien's family say that she has seizure history before. It can be 3 up to 4 times every moth. In physic examination all of things in normal condition. Thre are not abnormal condition in neurological examination. This patien get therapi are anticonvulsan can choose carbamazepin or gabapentin 200mg twice perday, neuroprotector twice perday, folat acid maksimal dose 4mg perday. From anamnesa and physic neurologic examination pasien diagnose as epilepsy type general tonic because she has some seizure history befor e and patien become un consiousnes when she was seizure.. This pasien got therapy carbamazepin and gabapentin because poth of drugs have lower teratogenic effect then another.

Keywords: antikonvulsi, epilepsi, gestasional

Abstrak

Epilepsi berasal dari perkataan Yunani yang berarti "serangan" atau penyakit yang timbul secara tiba-tiba. Epilepsi pada kehamilan dapat meningkatkan resiko terjadinya keguguran atau kecacatan bayi saat lahir. Wanita 20 tahun dengan keluhan kejang 3 jam sebelum masuk rumah sakit. Saat kejang kedua tangan pasien lurus dan lebih kaku, mulut pasien tampak seperti mengigit sesuatu, tidak keluar busa dari mulut, mata menatap ke atas dan pasien tidak sadar. Pasien mengaku memiliki riwayat kejang sebelumnya 3-4 kali sebulan. Tidak ditemukan kelainan pada pemeriksaan tanda-tanda vital dan neurologis. Pada pasien ini diberikan Infus RL gtt xx, Antikonvulsi dengan pilihan, Carbamazepine 200 mg tab 2x1 atau Gabapentin 2 x 300mg, Neuroprotektor : B1B6 tab 2x1, Asam Folat tablet 0,5 mg 2x1. Dari pemeriksaan pasien didiagnosa dengan epilepsi serangan umum karena ada beberapa kali kejang sebelum serangan kejang terahir, terjadi penurunan kesadaran dan kaku pada kedua tangan. Pemberian antikonvulsi karbamazepin atau gabapentin karena keduanya memiliki efek teratogenik yang lebih rendah.

Kata kunci: antikonvulsi , epilepsi , gestasional

Korespondensi : I Putu Artha Wijaya | abi_anakilang@yahoo.com

Pendahuluan

Epilepsi berasal dari perkataan Yunani yang berarti "serangan" atau penyakit yang timbul secara tiba-tiba. Epilepsi juga diartikan sebagai gangguan otak kronis dengan tanda gejala serangan yang tiba-tiba dan berulang yang diakibatkan lepasan muatan listrik yang abnormal pada sel otak. Dapat dijumpai, terdapat pada semua bangsa, segala usia dimana laki-laki sedikit lebih banyak dari wanita.¹ Dari 8,2 orang penyandang epilepsi aktif di antara 1000 orang

penduduk, dengan angka insidensi 50 per 100.000 penduduk. Angka prevalensi dan insidensi diperkirakan lebih tinggi di negara-negara berkembang.²

Angka kejadian epilepsi gestasional di Lampung menunjukkan jumlah yang cukup tinggi. Dari 40 orang yang dilaporkan memiliki riwayat epilepsi 25 diantaranya dalam kondisi Hamil. Epilepsi pada kehamilan dapat meningkatkan terjadinya resiko dalam kehamilan seperti meningkatkan resiko keguguran atau kecacatan bayi saat



dilahirkan.³ Tingginya angka kejadian epilepsi serta bahayanya epilepsi pada kehamilan dan janin melatarbelakangi penulis mengangkat masalah epilepsi pada kehamilan. Sehingga para ibu hamil yang memiliki riwayat epilepsi dapat ditangani secara baik dan komprehensif.

Kasus

Wanita (Ny.S.H), 20 tahun, datang ke IGD RSUAM Pasien datang dengan keluhan kejang 3 jam sebelum masuk rumah sakit. Keluarga mengatakan bahwa saat kejang kedua tangan pasien lurus dan lebih kaku, mulut pasien tampak seperti mengigit sesuatu, tidak keluar busa dari mulut, mata menatap ke atas. Keluarga pasien juga mengatakan bahwa saat serangan kejang terjadi, pasien menjadi tidak sadar. Ketika kejang pasien tidak mengompol dan berkeringat, atau wajah memucat.

Serangan terjadi selama kurang lebih 2-5 menit. Tidak terdapat kelamahan pada tangan dan kakinya, tidak mengalami gangguan dalam buang air besar atau kecil. Kejang dialami pasien 3-4 kali dalam 1 bulan dan kemudian berulang pada bulan berikutnya. Keluarga mengatakan bahwa serangan kejang pertama kali dialami pasien pada usia 7 tahun. Saat ini keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sedang hamil 3 bulan dan merupakan kehamilan anak kedua.

Pemeriksaan Fisik Umum, Keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, GCS E₄ V₅ M₆ = 15. vital sign tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 86 x/menit, RR 22 x/menit, Suhu 36,7 ° C, gizi Kesan cukup.

Dari pemeriksaan neurologis tidak ditemukan adanya kelainan pada nervus I-nervus XII. Pemeriksaan darah lengkap Hb 14,4 g/dl (N), GDS 67 mg/dl (↓), LED 15 mm/jam (N), Na 138 mmol/l (N), leukosit 9.100/ul (N), K⁺ 4 mmol/l (N), Trombosit 257.000/ul (N).

Diagnosis klinis pada pasien ini epilepsi serangan umum tipe tonik + G2P1A0 hamil 15-16 minggu JTH Intra uterin. Diagnosa topis pada pasien ini korteks motorik hemisfer cerebri bilateral. Etiologi idiopatik. Diagnosa banding pada pasien ini adalah epilepsi serangan parsial kompleks.

Penatalaksanaan pada pasien ini meliputi tatalaksana secara umum yaitu tirah baring. Dietetik peroral makanan padat biasa, tinggi kalori, tinggi protein Terapi medikamentosa Infus RL gtt xx, antikonvulsi dengan pilihan, Carbamazepine 200 mg tab 2x1 atau Gabapentin 2 x 300mg, neuroprotektor : B1B6 tab 2x1, Asam Folat tablet 0,5 mg 2x1.

Edukasi aktivitas berupa diperbolehkan berolahraga dengan pengawasan dan dilakukan di lapangan /gedung olahraga (tidak di jalan umum, ketinggian, atau air). Aspek pekerjaan, hendaknya didampingi ketika melakukan kegiatan sehari-hari yang memiliki resiko bahaya lebih berat seperti memasak air. Pada pasien ini dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan EEG atau CT-scan, USG untuk konfirmasi, konsultasi dengan spesialis Obstetri dan Ginekologi

Pembahasan

Diagnosis klinis pada pasien ini Epilepsi serangan umum tipe tonik +



G2P1A0 hamil 15-16 minggu JTH Intra juterin. Diagnosa topis pada pasien ini Korteks motorik hemisfer cerebri bilateral lobus frontalis. Diagnosa tersebut sudah benar. Menurut teori adanya kejang tanpa didahului oleh demam dan terdapat riwayat kejang minimal 1 kali sebelum kejang terahir sudah dapat menegakan diagnosa epilepsi. Usia serangan dapat memberi gambaran klasifikasi dan penyebab kejang. Serangan kejang yang dimulai pada neonatus biasanya penyebab sekunder gangguan pada masa perinatal, kelainan metabolik dan malformasi kongenital. Serangan kejang umum cenderung muncul pada usia anak-anak dan remaja. Pada usia sekitar 70 tahunan muncul serangan kejang biasanya ada kemungkinan mempunyai kelainan patologis di otak seperti stroke atau tumor otak dsb.^{1,5} Kejang merupakan tipe kejang umum atau *tonic seizures*, dimana awalnya dimulai dengan kehilangan kesadaran dan disusul dengan gejala motorik secara bilateral, dapat berupa ekstensi tonik dari semua ekstremitas selama beberapa menit. Pada pasien ini terjadi penurunan kesadaran saat kejang yang berlangsung selama 2-3 menit.^{1,6}

Etiologi idiopatik. Diagnosa tersebut menurut teori sudah benar. Serangan kejang tonik klonik dan mioklonik banyak dijumpai biasanya pada waktu terjaga dan pagi hari. Serangan kejang lobus temporalis dapat terjadi setiap waktu, sedangkan serangan kejang lobus frontalis biasanya muncul pada waktu malam hari. Serangan kejang dapat dicetuskan oleh karena kurang

tidur, cahaya yang berkedip, menstruasi, faktor makan dan minum yang tidak teratur, konsumsi alkohol, ketidapatuhan minum obat, stress emosional, panas, kelelahan fisik dan mental, suara-suara tertentu, *drug abuse, reading and eating apilepsy* pada pasien ini tidak diketahui penyebab utama terjadinya kejang pertama kali atau saat kambuh terahir. Pada pemeriksaan fisik dan neurologis tidak ditemukan adanya kelainan. Pada pemeriksaan penunjang tidak ditemukan adanya kelainan.^{8,9}

Pada pasien kejang yang masih belum diketahui riwayat sebelumnya beberapa pemeriksaan penunjang dapat membantu konfirmasi diagnosa jenis apakah kejang tersebut. Beberapa pemeriksaan yang dapat dilakukan seperti pemeriksaan GDS, elektrolit, CT-Scan kepala dan EEG. Hiponatremia, hipoglikemia, hipomagnesia, uremia dan *hepatik ensefalopati* dapat mencetuskan timbulnya serangan kejang. Pemeriksaan serum elektrolit bersama dengan glukosa, kalsium, magnesium, *blood urea nitrogen*, kreatinin dan test fungsi hepar mungkin dapat memberikan petunjuk yang sangat berguna. Pemeriksaan toksikologi serum dan urin juga sebaiknya dilakukan bila dicurigai adanya *drugs abuse*⁷. Pemeriksaan EEG merupakan alat diagnostik utama untuk mengevaluasi pasien dengan serangan kejang yang jelas atau yang meragukan. Hasil pemeriksaan EEG akan membantu dalam membuat diagnosis, mengklarifikasikan jenis serangan kejang yang benar dan mengenali sindrom epilepsi.⁸ Ct Scan (*Computed Tomography Scan*) kepala dan MRI (*Magnetic Resonance*



Imaging) kepala adalah untuk melihat apakah ada atau tidaknya kelainan struktural di otak. Indikasi pemeriksaan radiologis adalah kejadian baru pertama kali, adanya kelainan neurologis yang progresif.^{12,20}

Pada pasien ini didiagnosa banding dengan epilepsi serangan parsial kompleks. Karena bangkitan umum didapat adanya gangguan kesadaran dan gejala psikis atau gangguan fungsi luhur, seperti *disfasia*. *Dejavu* (kenal dengan peristiwa peristiwa yang belum pernah dialaminya), *Jamaisvu* (tidak kenal dengan peristiwa yang pernah dialami), keadaan seperti mimpi (*dream state*), ilusi, halusinasi sederhana atau kompleks (rasa mendengar musik), otomatisme (mengunyah-ngunyah, menelan, gerakan-gerakan tertentu, verbal). Bangkitan ini sering bercampur dengan emosi. Penderita sering menjadi bingung, disorientasi, selama beberapa menit paska bangkitan parsial kompleks ini.¹¹

Penatalaksanaan pada pasien ini meliputi tatalaksana secara umum yaitu tirah baring, dietetik peroral makanan padat biasa, tinggi kalori, tinggi protein. Terapi medikamentosa infus ringer laktan 20 tetes permenit, antikonvulsi dengan pilihan, carbamazepine 200 mg tab 2x1 Atau gabapentin 2 x 300mg, *neuroprotektor* : B1B6 tab 2x1, Asam Folat tablet 0,5 mg 2x1. Sebuah penelitian menggabungkan data retrospektif dan prospektif pada 44 anak dari 39 ibu dengan epilepsi yang mendapat gabapentin. Dua dari 44 (4,5%) anak menderita malformasi mayor. Satu anak yang terpajan gabapentin dan asam valproat menderita

hypospadias, anak lain yang terpajan monoterapi gabapentin sampai minggu ke-16 kehamilan, dan kemudian terpajan fenobarbital, hanya memiliki satu ginjal. Pada pemberian karbamazepin dua belas kasus kehamilan dengan karbamazepin yang pertama dilaporkan menghasilkan 9 lahir hidup dan 3 abortus spontan. Pada penelitian prospektif terhadap 11 kehamilan, hanya satu anak lahir dengan spina bifida setelah terpajan karbamazepin sebagai bagian dari politerapi.^{11, 12}

Pedoman terbaru *American Academy of Neurology dan American Epilepsy Society* menyebutkan bahwa wanita dengan epilepsi relatif aman untuk hamil, tetapi harus waspada dan hati-hati, termasuk menghindari obat epilepsi tertentu yang dapat menyebabkan cacat kongenital. Untuk kebanyakan wanita hamil dengan epilepsi, penghentian OAE tidak beralasan atau bukan pilihan aman karena kejang/kejadian yang terkait dengan serangan dapat menyebabkan ibu dan janin terpajan perlukaan fisik. Jika memungkinkan, obat antiepilepsi pada wanita usia subur diganti dengan yang kurang teratogenik. Asam valproat, meskipun efektif, merupakan obat antiepilepsi yang tercatat paling berhubungan dengan risiko malformasi pada pajanan in utero. Mengganti asam valproat dengan obat antiepilepsi lain seharusnya dilakukan sebelum kehamilan untuk memastikan bahwa terapi yang baru dapat mencegah serangan secara adekuat.¹¹

Terdapat bukti cukup kuat bahwa valproat berhubungan dengan peningkatan risiko *malformasi fetal* dan



mengurangi kemampuan berpikir anak-anak, baik digunakan sendiri maupun bersama obat lain. Karena itu, jika masih dapat diganti dengan karbamazepin. Paparan karbamazepin mungkin kurang menyebabkan gangguan kognitif maupun malformasi pada keturunan wanita dengan epilepsi. Alternatif untuk pasien dengan epilepsi umum lebih terbatas karena valproat lebih efektif dibanding lamotrigin atau topiramate. Penelitian tentang lamotrigin seharusnya dipertimbangkan.¹¹

Pada Ibu hamil penyandang epilepsi pada trimester akhir kehamilan terutama 2 minggu terakhir menjelang tanggal kelahiran dianjurkan pemberian vitamin K oral 10-20 mg/hari untuk menurunkan risiko terjadinya perdarahan maternal maupun neonatal. Kemungkinan terjadinya cacat pada janin mendorong dikerjakannya pemeriksaan pranatal, meliputi pemeriksaan kadar OAE, asam folat, AFP, vitamin K, dan pemeriksaan ultrasonografi untuk mengetahui ada atau tidak adanya *neural-tube defects*, bibir sumbing, dan kelainan jantung bawaan. Pemeriksaan tersebut dikerjakan sejak kehamilan 6 minggu sampai 36 minggu. Dosis optimal asam folat belum diketahui secara pasti. Untuk perempuan yang tidak mengalami defisiensi asam folat cukup diberi 1mg/hari. Apabila terbukti ada defisiensi asam folat maka perlu diberi asam folat dengan dosis yang lebih tinggi, dapat diberikan sampai 4 mg/hari.¹⁶

Kesimpulan

1. Pada pasien ini didiagnosa sebagai epilepsi karena dari

anamnesa didapatkan terdapat riwayat beberapa kali kejang sebelum serangan kejang terahir dan kejang tanpa didahului oleh demam. Pada saat serangan pasien mengalami penurunan kesadaran dan kaku pada kedua tangan sehingga disebut serangan umum tipe tonik.

2. Pada pasien ini diberikan anti-kejang karbamazepin atau gabapentin. Karbamazepin dan gabapentin memiliki efek teratogenik lebih rendah dibanding phenobarbital dan asam valproat. Sehingga pemberiannya dapat meminimalkan kemungkinan malformasi atau kecacatan pada mental anak.

Saran

1. Pada pasien epilepsi perlu adanya edukasi pada kegiatan seperti berolahraga dan pekerjaan sehingga para penderita epilepsi tidak melakukan pekerjaan yang membahayakan nyawanya mengingat serangan epilepsi dapat terjadi secara tiba-tiba.
2. Perlu adanya pengawasan dari pihak keluarga terhadap pasien. Sehingga ketika terjadi serangan kejang pasien dapat langsung ditolong atau dibawa pelayanan kesehatan terdekat.
3. Perlu diadakan penyuluhan terkait epilepsi agar masyarakat tidak salah kaprah tentang penyakit ini.



Daftar Pustaka

1. Harsono. 1999. *Buku Ajar Neurologi Klinis*. Jakarta; Dian Rakyat.
2. Anonym. *Epilepsi pada anak*. 2009. URL <http://www.kalbefarma.com/epilepsi.htm>. Diakses pada 23 November pukul 20.00
3. Anonim. 2009. *Epilepsi*. <http://medicafarma.blogspot.com> Diakses pada 23 November pukul 20.00
4. Baiquni, mulki. 2011. *Patofisiologi Epilepsi*. www.google.com/Epilepsi-patofisiologi.com . Diakses pada 23 November pukul 20.00
5. Gunadharna, et.al. 2011. *Pedoman Tata Laksana epilepsi Edisi 3 PERDOSSI*. Jakarta
6. <http://www.scribd.com/doc/37947482/patofisiologi-epilepsi>. Diakses pada 23 November pukul 20.00
7. H.Ropper, M.D. and Robert H. Brown, D.Phil., M.D. 2005. *Neurology 8th edition*. Mc graw hill companies inc.
8. Suryani, et.al. 2006. *Pedoman tatalaksana epilepsi*. Jakarta : Perdossi.
9. Harsono.2007. *Kapita selekta neurologi*. Jakarta : Gajah Mada University Press.
10. Handayani, Anita.2010. *Epilepsi Dalam Kehamilan*. <http://catherinemaname.wordpress.com>. Diakses pada 24 September 2014 pukul 20.00
11. Indrawati,Lili. *Penggunaan Obat Antiepilepsi pada Kehamilan*.2011.FK Yarsi; Jakarta.
12. Markam, Prof.dr. Soemarno. 2005. *Penuntun Neurologi*. Jakarta;Binapura Aksara
13. Machfoed, Hasan M.2005. *Epilepsi*. <http://www.journal.unair.ac.id/>. Diakses pada 23 November pukul 20.00
14. Oktaviana, Fitri. 2008. *Epilepsi*. *Medicinus Scientific Journal of Pharmaceutical Development and Medical application* Vol. 2,No.4 Edisi November - Desember 2008.
15. Panayiotopoulos CP. .2005. *The Epilepsies: Seizures, Syndromes, and Management*. Oxfordshire, Blandon Medical Publishing.
16. Sunaryo, Utoyo.2005. *Pedoman Tatalaksana Epilepsi Kelompok Studi Epilepsi*. FK Universitas Wijayakusuma. Surabaya.
17. Sylvia, A. Price. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-proses penyakit edisi 6* .Jakarta: EGC
18. Sudir Purba, Jan. 2008. *Epilepsi: Shorvon S. Epilepsi*. Surabaya : Perhimpunan penanggulangan Epilepsi Indonesia. Surabaya.
19. Thomson T.2009. *Which Drug for the Pregnant Woman with Epilepsy*. N Engl J Med.
20. Tobing, Prof. DR. S.M. Lumban. 1998. *Pemeriksaan Fisik dan Mental. Neurologi Klinik*, FKUI