

MENINGKATKAN PENGETAHUAN MASYARAKAT TENTANG KERACUNAN KEHAMILAN

dr. Vivi Setiawaty

(Puslit Pemberantasan Penyakit, Badan Litbangkes)

Abstract

Prenatal Mortality Rates and Maternal Mortality Rates in Indonesia still high because of many factors and pre-eclampsia / eclamsia is one of that. However the uncomplete knowledge of the community about pre-eclampsia have lead to the indication malpractice done by doctors or midwives. Pre-eclampsia actually is a common complication of pregnancy. It is mild in many cases but in some cases it becomes severe, and can cause serious complications. The condition goes when the baby is born. Medication may be advised to help prevent complications.

Definisi

Keracunan kehamilan (toksemia) adalah suatu penyakit khusus yang timbul pada akhir suatu kehamilan. Keracunan kehamilan dibagi dalam dua kategori yang disebut: Preeklamsia dan Eklamsia.

Preeklamsia adalah suatu keadaan hipertensi dengan albuminuria (proteinuria) yaitu adanya protein (albumin) di dalam urin dan edema (bengkak pada tubuh) yang timbul antara minggu ke 20 kehamilan dan akhir minggu pertama setelah melahirkan.^(1,2)

Eklamsia adalah timbulnya kejang-kejang atau koma pada wanita hamil tanpa sebab lain dengan periode yang sama.^(1,2)

Penyebab preeklamsia dan eklamsia belum diketahui. Preeklamsia terjadi pada 5% wanita hamil (1 dalam 14 kehamilan). Jika preeklamsia tidak diatasi, tiba-tiba dapat berkembang menjadi eklamsia. Dari 100 pasien preeklamsia terdapat satu pasien yang berkembang menjadi eklamsia, yang apabila tidak dicegah/diterapi mengakibatkan komplikasi yang serius pada ibu, janin atau keduanya.⁽²⁾

Gejala, tanda dan diagnosis^(1,3,4)

Setiap wanita hamil dengan tiga gejala (*triad symptoms*) terdiri dari:

1. Tekanan darah 140/90 mmHg atau tekanan darah meningkat pada sistolik 30 mmHg atau diastolik 15 mmHg.
2. Edema pada wajah, tangan atau tungkai.
3. Proteinuria / Albuminuria

Harus dipertimbangkan suatu preeklamsia jika terdapat dua dari tiga gejala tersebut. Preeklamsia ringan ditandai dengan hipertensi ringan, edema atau albuminuria = 1 (proteinuri > 0,3 g/L dalam 24 jam), sedangkan pasien preeklamsia berat tekanan darah 160/110 mmHg, edema yang terlihat jelas, albuminuria = +3 (proteinuri > 5 g/L), sakit kepala, gangguan penglihatan, sakit / nyeri pada perut.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan:

- a. Edema seluruh tubuh terutama wajah dan tangan.
Pada keracunan kehamilan terjadi konstiksi vena, menyebabkan vena menurun dan berkontribusi terhadap hemokonsentrasi dan menimbulkan edema pada wajah dan ekstremitas atas yang bertolak belakang dengan edema pada ekstremitas bawah yang biasa terjadi pada penyakit lain.
- b. Funduskopi didapatkan segmental arteriol yang menyempit yang terlihat secara jelas dengan penampakan basah dan berkilau yang menunjukkan adanya edema retina yang

dapat menyebabkan edema okuler.

- c. Dapat terjadi kegagalan jantung kongestif.
- d. Dapat terjadi edema pulmonal.
- e. Sensitifitas sistem syaraf pusat meningkat dan harus dipastikan dengan pemeriksaan refleks spinal.
- f. *Trombositopenia*.
- g. Kuning pada kulit dan konjungtiva dan meningkatnya tes fungsi hati.
- h. Serum *Amilase* dapat meningkat.

Dengan timbulnya berbagai tanda dan gejala yang multisistem dari penyakit ini maka internis dan *obstetrician* harus bekerjasama supaya dapat menghindarkan terapi yang tidak diperlukan.

Tes laboratorium harus dilakukan dan hal-hal yang tidak normal segera dikoreksi. Tes laboratorium yang diperlukan meliputi pemeriksaan *Count Blood Cell* (CBC/hitung jenis), urinalisis, elektrolit, *protrombin time*, fungsi hati, *parsial tromboplastin time*. Kadang-kadang diperlukan pemeriksaan *creatinin* dan *creatinin clearance* untuk mengantisipasi adanya gangguan pada ginjal.

Epidemiologi dan Faktor resiko^(4,5)

Insiden komplikasi hipertensi pada kehamilan yang dilaporkan sangat bervariasi. Preeklamsia akan terjadi pada 2 - 10% kehamilan dengan hipertensi.

Faktor resiko ini meningkat pada:

- Primigravida (wanita yang baru pertama kali hamil),. Kira-kira 1 dari 20 wanita mengalami pre-eklamsia pada kehamilan pertama.
- nullipara (wanita yang melahirkan > 3 kali).
- diabetes, SLE (*systemic lupus eritematosus*), gangguan ginjal kronik (persisten)
- hamil dengan janin kembar 2 atau lebih.
- usia di bawah 20 tahun atau di atas 35 tahun pada saat hamil.
- *mola hidatiformis* dan kematian janin dalam kandungan.
- Riwayat keluarga dengan preeklamsia atau mengalami preeklamsia pada kehamilan sebelumnya.
- Obesitas (kelebihan berat badan).

Kejadian preeklamsia / keracunan kehamilan ini berhubungan dengan faktor keluarga di mana hipertensi selama kehamilan pada anak perempuan dengan ibu yang mengalami preeklamsia sebesar 28 % sedangkan pada ibu dengan normotensi hanya sebesar 13%. Eklamsia dapat terjadi antara 24 - 48 jam setelah persalinan, meskipun ada yang melaporkan dapat terjadi paling lambat 7 hari setelah bersalin.

Pencegahan⁽³⁾

Penatalaksanaan yang terbaik untuk keracunan kehamilan (preeklamsia & eklamsia) adalah dengan pencegahan. Pemeriksaan rutin selama kehamilan dengan perhatian khusus pada kenaikan berat badan dan monitor tekanan darah dapat menurunkan angka kejadian dan makin buruknya penyakit. Faktor nutrisi juga berpengaruh terhadap penyebab keracunan kehamilan seperti *intake* garam yang berlebihan.

Yang paling penting dalam pencegahan dan terapi keracunan kehamilan adalah mengetahui kenaikan tekanan darah sistolik > 30 mmHg atau diastolik > 15 mmHg selama kehamilan. Perkembangan proteinuri selalu menandakan penyakit yang berat. Hipertensi dengan proteinuri adalah preeklamsia. Hipertensi selalu menyebabkan meningkatnya resiko pada ibu dan janin. Preeklamsia menyebabkan risikonya menjadi lebih besar. Hipertensi lebih sering menyebabkan kematian ibu dan resiko janin terdiri dari: insufisiensi plasenta, *abrutio plasenta* dan kelahiran prematur

Penatalaksanaan⁽⁴⁾

1. Preeklamsia Ringan (*Mild Pre-Eclamsia*)

Dapat terapi seperti pasien biasa dengan *bedrest* total, tapi harus di evaluasi oleh dokter minimal setiap dua hari sekali. Jika kondisinya tidak segera membaik maka pasien harus dirawat di rumah sakit. Pasien ini membutuhkan *intake* garam seperti biasa dan banyak minum. Pasien tetap di tempat tidur dan memotivasi supaya berbaring kesebelah kiri agar dapat segera meningkatkan produksi urine dan menurunkan dehidrasi intravaskuler dan hemokonsentrasi. Karena penyebab yang belum diketahui maka penatalaksanaan sebelum melahirkan bertujuan menurunkan gejala. Obat yang digunakan adalah Magnesium Sulfat. Bila pasien dengan preeklamsia tidak menunjukkan respon yang baik dengan pemberian obat maka keadaan distabilkan, biasanya pada preeklamsia ringan stabil dalam 6-8 jam, kemudian dilakukan persiapan untuk persalinan.

2. Preeklamsia Berat (*Severe Pre-eklamsi*)

Diperlukan terapi yang lebih ketat. Pasien diberikan infus Intravena (IV) dengan cairan *Ringer's* kemudian diberikan bolus Magnesium Sulfat IV secara perlahan-lahan dalam 15 menit sampai hiperrefleksi hilang sehingga menurunkan resiko kejang dan tekanan darah menurun secara bersama-sama. Pemberian infus cairan *Ringer's* sebanyak 3-4 L selama 24 jam mengakibatkan produksi urine meningkat sehingga edema berkurang. Magnesium Sulfat dilanjutkan melalui infus IV dengan 1-3 g/L. Terapi ini dipantau dengan mengukur level serum magnesium yang secara normal adalah 4-7 mEq/L. Biasanya dalam 4-6 jam tekanan darah menjadi stabil dan hiperrefleksi berkurang. Proses kelahiran dipersiapkan dengan segera setelah pasien stabil. Jika tekanan darah tidak memberikan respon terhadap Magnesium Sulfat, maka dimulai infus *Hidralazine* IV 40 mg/L. Tekanan darah tidak boleh dibawah 130/80 mmHg pada pre-eklamsia berat dan eklamsia karena dapat menurunkan perfusi dari uterus yang membahayakan janin.

Antidot spesifik untuk kelebihan Magnesium Sulfat adalah *Calcium Gluconate* bolus 1g IV. Sedatif tidak dianjurkan karena dapat mempengaruhi janin.

3. Eklamsia

Diberikan terapi yang sama dengan preeklamsia berat, penggunaan Magnesium Sulfat pada tahap awal dapat mengontrol kejang. Jika dapat diberikan *Diazepam* 5 mg IV sebagai bolus injeksi. Diperlukan monitoring yang konstan dan terus menerus terhadap tekanan darah, nadi, pemafasan dan refleks yang harus dicatat setiap 15 menit. Sedangkan jumlah urin yang keluar dan penerimaan cairan secara

intravena dicatat setiap satu jam pada seluruh pasien. Kurangnya perhatian pada kondisi pasien membuat keadaan menjadi makin memburuk, maka harus di observasi komplikasi-komplikasi seperti sakit kepala, pandangan yang makin buram, nyeri perut / abdomen, perdarahan vaginal dan hilangnya suara jantung janin. Observasi ini dicatat setiap 15 menit, sebagian dokter merawat pasien di ICU sehingga dapat dimonitor terus menerus terhadap ibu dan janin. Preeklamsia biasanya menghilang 4-6 jam setelah melahirkan. Persalinan harus diselesaikan dengan cara yang efisien. Jika serviks matang dan proses melahirkan melalui vagina memungkinkan, diberikan infus oksitosin untuk menginduksi persalinan. Ketika tanda-tanda persalinan sudah aktif dilakukan amniotomi. Jika serviks belum matang dan persalinan tidak dapat melalui vagina maka dilakukan operasi *Caesar*. Setelah melahirkan, pasien harus dimonitor dengan ketat seperti sebelum persalinan karena 25% kasus eklamsia muncul setelah melahirkan, biasanya pada 2-4 hari pertama.

Apabila pasien mengalami perbaikan secara bertahap, pemindahan sudah dapat dilakukan. Walaupun perawatan di rumah sakit memerlukan waktu yang lama, antihipertensi tetap diperlukan setelah selesai dirawat. Pemulihan *pasca* persalinan dapat berlangsung dengan cepat dan mengejutkan. Pasien harus di *follow up* sampai dua minggu setelah melahirkan. Tekanan darah mungkin tetap tinggi untuk 6-8 minggu, tetapi jika tetap tinggi setelah 8 minggu maka diagnosis hipertensi harus dipertimbangkan.

Diagnosis differensial (3,5)

- Hipertensi sekunder (pada *phaechromocytoma*)
- Gangguan ginjal atau gastro intestinal lain (*pancreatitis*, *apendicitis*, *glomerulonefritis*)
- Fatty liver akut pada kehamilan
- SLE (*systemic lupus eritematosus*)
- Autoimun ITP (*Idiopathic Trombositopenia*)
- Encephalitis
- Trombosis Vena cerebral
- Hemoragik cerebral

Kesimpulan

Keracunan kehamilan merupakan suatu keadaan yang terjadi pada ibu hamil dimana penyebabnya sampai saat ini belum diketahui. Terdapat beberapa faktor resiko yang harus diwaspadai oleh seluruh tenaga kesehatan, karena akibat terburuk dari keracunan kehamilan ini adalah kematian ibu, bayi atau keduanya.

Pencegahan terjadinya keracunan kehamilan ini adalah menghindari kehamilan pada usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun, mengontrol kenaikan berat badan, pengukuran tekanan darah secara berkala serta mengurangi *intake* garam. Sangat diperlukan pemeriksaan antenatal yang baik dan teratur oleh dokter dan bidan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Beers, Mark H, M.D and Berkow, Robert, M.D, The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, Seventeenth Edition, USA, 1999.
2. Pre-eklamsia, <http://www.patient.co.uk/showdoc/> diakses pada tanggal 8 mei 2005.
3. Mac Gillivray, Ian, Pre-Eclamsia, The Hypertensive Disease of Pregnancy, WB Saunders Company, London, 1983.
4. Burrow, Gerard N, M.D and Ferris, Thomas F, M.D, Medical Complications During Pregnancy, Third Edition, Philadelphia, 1988.
5. Hipertension in Pregnancy, <http://www.patient.co.uk/showdoc/> diakses pada tanggal 8 mei 2005.
6. Barron, William M, M.D and Lindheimer, Marshall D, M.D, Medical Disorders During Pregnancy, Mosby-Year Book, Inc. St. Louis, 1991