

## **PRIMIGRAVIDA ATERM DENGAN SUPERIMPOSED PREEKLAMPSIA DAN SLE BELUM INPARTU JANIN TUNGGAL HIDUP PRESENTASI KEPALA**

**Fonda Octarianingsih Shariff<sup>1</sup>, Ahmad Fikri Zaelani<sup>2</sup>, Frida Puspitasari<sup>2</sup>,  
Ilham Akbar AR<sup>2</sup>, Asmia Djunishap<sup>2</sup>, Uswatul Hasanah<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Dosen Klinik Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Malahayati

<sup>2</sup>Dokter Muda Fakultas Kedokteran Universitas Malahayati

### **Abstract: Primigravida Aterm with Superimposed Preeclampsia and Sle Not Yet One First Inpart of Life Presentation of Head.**

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is a multi-system disease caused by tissue damage as a result of the formation of antibodies and complement of complex immune reactions. The research design used in this study was a case control survey A 26 years old woman was admitted to the obstetric ward with a diagnosis of G1P0A0 aterm pregnant with superimposed preeclampsia and SLE not yet inpartu, a single live fetus with a head presentation came from the emergency room of Pertamina Bintang Amin Hospital. Now, the patient has an uncontrolled hypertension and SLE since September 2019 but does not have a family history of the disease. The patient routinely takes 8mg methylprednisolone and 10mg amlodipine if she feels dizzy. On examination of vital signs, blood pressure was obtained 150 / 100mmHg and generalist status there was edema in both of her lower limbs. Obstetric examination, fundus as high as 3 fingers under the xiphoid process with good uterine contractions and FHR of 135x / minute On ultrasound examination, it was found that a single live fetus at 38 weeks of gestation, sufficient amniotic fluid, male gender, placenta in the fundus, laboratory examination results showed proteinuria 100 (++) . The patient was diagnosed with G1P0A0 aterm pregnant with superimposed preeclampsia and SLE not yet inpartu single live fetus with head presentation. Management On ultrasound examination, a single live fetus with 38 weeks of gestation, adequate amniotic fluid, male sex, placenta in the fundus, laboratory results showed 100 (++) proteinuria. Management of this patient was carried out by sectio caesarean surgery immediately and administration of conservative therapy IVFD RL 20 dpm, MgSO<sub>4</sub> 40% (loading dose was given 4 grams IV for 15 minutes, with the maintenance dose of 6 grams drip in RL for 6 hours), Nifedipine 3x10 mg, Inj. MgSO<sub>4</sub> 20% 10cc IV. After that the patient was treated for three days TTV observation, GCS, pain scale, uterine contractions, bleeding, assessing TFU given IVFD therapy RL +1 amp Oxytocin + tramadol 1amp XX gtt, Pronalges 2x1 supp, Nifedipine 2x10 mg tab, Obimin 2x1 tab, Cefadroxil 2x1 tab, 2x1 Lactafit and allowed to go home after the condition improved and received education.

**Keywords:** Primigravida Aterm, Superimposed Preeclampsia, SLE

### **Abstrak: Primigravida Aterm dengan Superimposed Preeklampsia dan SLE Belum Inpartu Janin Tunggal Hidup Presentasi Kepala.**

Sistemik Lupus Eritematosus (SLE) adalah penyakit multi sistem yang disebabkan oleh kerusakan jaringan sebagai akibat dari terbentuknya antibodi dan komplemen dari reaksi imun kompleks. Rancangan/desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah survei kasus kontrol (Case Control). Wanita umur 26 tahun dirawat di bangsal obstetri dengan diagnosa G1P0A0 hamil aterm dengan superimposed preeklampsia dan SLE belum inpartu janin tunggal hidup dengan presentasi kepala datang dari IGD RS Pertamina Bintang Amin. Pasien memiliki penyakit sekarang hipertensi tidak terkontrol dan SLE sejak september 2019 namun tidak memiliki riwayat penyakit dalam keluarga.pasien rutin meminum obat metilprednisolon 8mg dan amlodipine 10mg jika dirasa sudah merasakan pusing saja. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital

didapatkan tekanan darah 150/100mmHg serta status generalis terdapat edema pada kedua tungkai bawah. Pemeriksaan obstetri, fundus setinggi 3 jari dibawah prosesusxipoides dengan kontraksi uterus baik dan DJJ 135x/ menit. Pada pemeriksaan USG didapatkan janin tunggal hidup dengan usia kehamilan 38 minggu, air ketuban cukup, jenis kelamin laki-laki, plasenta di fundus, Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan proteinuria 100 (++)). Pasien didiagnosis dengan G1P0A0 hamil aterm dengan superimposed preeklamsia dan SLE belum inpartu janin tunggal hidup dengan presentasi kepala. Penatalaksanaan Pada pemeriksaan USG didapatkan janin tunggal hidup dengan usia kehamilan 38 minggu, air ketuban cukup, jenis kelamin laki-laki, plasenta di fundus, Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan proteinuria 100 (++)). Penatalaksanaan pada pasien ini dilakukan tindakan operasi *sectio caesarea* dengan segera dan pemberian terapi konservatif IVFD RL 20 tpm, MgSO<sub>4</sub> 40% (*loading dose* diberikan 4 gram IV selama 15 menit, maintenance dose drip 6 gram dalam RL selama 6 jam), Nifedipin 3x10 mg, Inj. MgSo<sub>4</sub> 20% 10cc IV. Setelah itu pasien dirawat selama tiga hari Observasi TTV, GCS, Skala nyeri, Kontraksi uterus , perdarahan, menilai TFU diberikan terapi IVFD RL +1 amp Oxytocin + tramadol 1amp XX gtt, Pronalges 2x1 supp, Nifedipine 2x10 mg tab , Obimin 2x1 tab, Cefadroxil 2x1 tab, Lactafit 2x1 dan diperbolehkan pulang setelah kondisi membaik dan mendapat edukasi.

**Kata kunci:** Primigravida Aterm, Superimposed Preeklamsia , SLE

## PENDAHULUAN

Sistemik Lupus Eritematosus (SLE) adalah penyakit multi sistem yang disebabkan oleh kerusakan jaringan sebagai akibat dari terbentuknya antibodi dan komplemen dari reaksi imun kompleks dengan perjalanan penyakit yang mungkin akut atau kronik remisi dan eksaserbasi. Terdapat hubungan yang jelas antara lupus antikoagulan dengan antibodi antikardiolipin dengan *vasculopathy* desidua, infark plasenta, pertumbuhan janin terhambat, preeklamsia dini, dan kematian janin berulang. Penyebab eklamsia sampai saat ini masih belum diketahui secara pasti, beberapa faktor yang berkaitan dengan terjadinya eklamsia, hampir sama dengan terjadinya preeklamsia, Semua kehamilan dengan lupus harus dianggap sebagai kehamilan dengan risiko tinggi. Sekitar 50% kehamilan mencapai masa kelahiran, walaupun 25% diantaranya prematur, 25% sisanya mengalami keguguran. Risiko keguguran lebih tinggi pada wanita dengan antibodi antifosfolipid, penyakit ginjal aktif atau hipertensi, atau kombinasi lainnya. Selama kehamilan antibodi antifosfolipid dapat melintasi plasenta dan

menyebabkan trombositopeni pada janin, namun biasanya bayi tetap dapat lahir dengan aman. Preeklamsia terjadi pada 20% wanita hamil dengan SLE. Insidensinya lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang bukan SLE, yaitu berkisar 5-38%. Risiko preeklamsia ini makin meningkat pada primigravida, adanya riwayat hipertensi, preeklamsi, abortus sebelumnya, obesitas dan antibody fosfolipid. Manajemen pada kehamilan dengan SLE memiliki strategi tersendiri untuk meminimalisir terjadinya resiko pada ibu dan janin. Pada kehamilan dengan SLE harus diperhatikan mulai dari perencanaan kehamilan, evaluasi preconsepsi, konseling saat kehamilan, dan manajemen antenatal (Perhimpunan Reumatologi Indonesian, 2011).

Berikut ini akan dilaporkan pasien kasus seorang pasien wanita umur 26 tahun dirawat di bangsal obstetri dengan diagnosa G1P0A0 hamil aterm dengan superimposed preeklamsia dan SLE belum inpartu janin tunggal hidup dengan presentasi kepala datang dari IGD RS Pertamina Bintang Amin.

## METODE

Rancangan/desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah survei kasus kontrol (*Case Control*), yakni suatu penelitian survei analitik yang menyangkut bagaimana faktor resiko dipelajari dengan menggunakan pendekatan *retrospective*. Dengan kata lain, efek dari penyakit atau status kesehatan diidentifikasi saat ini, kemudian faktor resiko diidentifikasi ada atau terjadinya pada waktu yang lalu (Notoatmodjo, 2010).

## KASUS

Pasien mengaku memiliki riwayat penyakit sekarang yaitu hipertensi tidak terkontrol dan SLE sejak september 2019 namun tidak memiliki riwayat penyakit dalam keluarga. pasien rutin meminum obat metilprednisolon 8mg dan amlodipine 10mg jika dirasa sudah merasakan pusing saja. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 150/100mmHg serta status generalis terdapat edema pada kedua tungkai bawah. Pemeriksaan obstetrik, fundus setinggi 3 jari dibawah prosesus xipoides dengan kontraksi uterus baik dan DJJ 135x/ menit Pada pemeriksaan USG didapatkan janin tunggal hidup dengan usia kehamilan 38 minggu, air ketuban cukup, jenis kelamin laki-laki, plasenta di fundus, Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan proteinuria 100 (++) . Pasien didiagnosis dengan G1P0A0 hamil aterm dengan superimposed preeklamsia dan SLE belum inpartu janin tunggal hidup dengan presentasi kepala. Penatalaksanaan Pada pemeriksaan USG didapatkan janin tunggal hidup dengan usia kehamilan 38 minggu, air ketuban cukup, jenis kelamin laki-laki, plasenta di fundus. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan proteinuria 100 (++) . Penatalaksanaan pada pasien ini adalah IVFD RL 20 tpm, MgSO<sub>4</sub> 40% (loading dose diberikan 4 gram IV selama 15 menit, maintenance dose drip 6 gram dalam RL selama 6 jam), Nifedipin 3x10 mg, Inj. MgSo<sub>4</sub> 20% 10cc IV. Setelah itu pasien dirawat selama tiga hari Observasi TTV, GCS, Skala

nyeri, Kontraksi uterus, perdarahan, menilai TFU diberikan terapi IVFD RL +1 amp Oxytocin + tramadol 1amp XX gtt, Pronalges 2x1 supp, Nifedipine 2x10 mg tab , Obimin 2x1 tab, Cefadroxil 2x1 tab, Lactafit 2x1 dan diperbolehkan pulang setelah kondisi membaik dan mendapat edukasi.

## PEMBAHASAN

Pada kasus ditegakkan diagnosis G1P0A0 Hamil 38 minggu dengan *Superimposed Preeklamsia* dan SLE Belum Inpartu JTH Preskep. Diagnosis ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang memenuhi kriteria preeklamsia berat, pada status generalisata didapatkan edema pada kedua tungkai dengan tekanan darah 150/100mmHG dan pada pemeriksaan urin kreatinin didapatkan bahwa Preeklamsia terjadi pada 20% wanita hamil dengan SLE. Preeklamsia berat, adalah suatu keadaan pada ibu hamil bila disertai kenaikan tekanan darah 160/110 mmHG atau lebih, adanya proteinuria 2gr atau lebih per liter dalam 24 jam atau kuantitatif 2+, 3+ atau kuantitatif 4+, adanya oliguria (jumlah urin kurang dari 400cc per jam, adanya gangguan serebral, gangguan penglihatan, rasa nyeri di epigastrium, adanya tanda sianosis, edema paru, trombotopenia, gangguan fungsi hati, serta yang terakhir adalah pertumbuhan janin terhambat.

Diagnosis SLE dapat ditegakkan melalui gambaran klinis dan pemeriksaan laboratorium, namun pada kasus ini diagnosis SLE didapatkan hanya dari pengakuan os, dikarenakan os sedang dalam pengobatan SLE, Sehingga gambaran klinis tidak muncul pada os. Penatalaksanaan pasien ini sudah tepat, karena pasien diberikan terapi sesuai yaitu diberikan Nifedipine 10 mg untuk menurunkan tekanan darah tingginya dan pemberian infus RL dan pemberian MgSO<sub>4</sub> loading dose intravena 4gram MgSO<sub>4</sub> 40% diberikan selama 15-20 menit serta dosis pemeliharaan yaitu 6 gram MgSO<sub>4</sub> dalam 500cc RL. Untuk terminasi kehamilan, pasien direncanakan untuk

dilakukan *Sectio Caesar* karena dengan PEB belum inpartu dan janin ganda biasanya lebih beresiko untuk persalinan pervaginam. Pada pasien ini perlu diberikan MgSO<sub>4</sub> untuk mencegah terjadinya kejang eklamptik yang merupakan komplikasi utama dari preeklampsia berat.

Beberapa penelitian telah mengungkapkan bahwa magnesium sulfat merupakan *drug of choice* untuk mengatasi kejang eklamptik (dibandingkan diazepam dan fenitoin), merupakan antikonvulsan yang efektif dan membantu mencegah kejang kambuhan dan mempertahankan aliran darah ke uterus dan aliran darah ke fetus. Magnesium sulfat berhasil mengontrol kejang eklamptik pada > 95% kasus. Selain itu, ini memberi keuntungan fisiologis untuk fetus dengan meningkatkan aliran darah uterus. Selain diberikan MGSO<sub>4</sub>, pasien juga diberikan Nifedipin karena tekanan darah pasien sempat tinggi yaitu 180/110. Merupakan calcium channel blocker yang mempunyai efek vasodilatasi arteriol kuat. Hanya tersedia dalam bentuk preparat oral. Dosis: 10 mg per oral, dapat ditingkatkan sampai dosis maksimal 30 mg (AANJ Kusuma, 2007).

Penanganan penyakit SLE sebelum, selama kehamilan dan pasca persalinan sangat penting. Hal-hal yang harus diperhatikan adalah: Jika penderita SLE ingin hamil dianjurkan sekurang-kurangnya setelah 6 bulan aktivitas penyakitnya terkendali atau dalam keadaan remisi total. Pada lupus nefritis jangka waktu lebih lama sampai 12 bulan remisi total. Hal ini dapat mengurangi kekambuhan lupus selama Medikamentosa: a) Dosis kortikosteroid diusahakan sekecil mungkin yaitu tidak melebihi 75 mg/hari prednison atau setara. b) DMARDs atau obat-obatan lain seyogyanya diberikan dengan penuh kehati-hatian. Pengaruh kehamilan terhadap SLE Masih belum dapat dipastikan apakah kehamilan dapat mencetuskan SLE, eksaserbasi SLE pada kehamilan tergantung dari lamanya masa remisi SLE keterlibatan

organ organ vital seperti ginjal (Handa, Kumar, Wali, 2006).

Penderita SLE yang telah mengalami remisi lebih dari 6 bulan sebelum hamil mempunyai risiko 25% eksaserbasi pada saat hamil dan 90% luaran kehamilannya baik. Tetapi sebaliknya bila masa remisi SLE sebelum hamil kurang dari 6 bulan maka risiko eksaserbasi SLE pada saat hamil menjadi 50% dengan luaran kehamilan yang buruk. Apabila kehamilan terjadi pada saat SLE sedang aktif maka risiko kematian janin 50-75% dengan angka kematian ibu menjadi 10%. Dengan meningkatnya umur kehamilan maka risiko eksaserbasi juga meningkat, yaitu 13% pada trimester I, 14% pada trimester II, 53% pada trimester III serta 23% pada masa nifas (Setyohadi, 2003).

Pengaruh SLE terhadap kehamilan penderita SLE sangat ditentukan dari aktivitas penyakitnya, konsepsi yang terjadi pada saat remisi mempunyai luaran kehamilan yang baik. Beberapa komplikasi kehamilan yang bisaterjadi pada kehamilan yaitu, kematian janin meningkat 2-3 kali dibandingkan wanita hamil normal, bila didapatkan hipertensi dan kelainan ginjal maka mortalitas janin menjadi 50%. Kelahiran prematur juga bisa terjadi sekitar 30-50% kehamilan dengan SLE yang sebagian besar akibat preeklampsia atau gawat janin. Infark plasenta yang terjadi pada penderita SLE dapat meningkatkan risiko terjadinya Pertumbuhan janin Terhambat sekitar 25% demikian juga risiko terjadinya preeklampsia eklamsia meningkat sekitar 25-30% pada penderita SLE yang disertai lupus nephritis kejadian preeklampsia menjadi 2 kali lipat (AANJ Kusuma, 2007).

Edukasi untuk pasien tersebut untuk pemantauan kehamilan pada penderita penderita SLE perencanaan dan pemantauan kehamilan sampai proses persalinan harus diupayakan bersama dengan para ahli (spesialis obgyn, reumatologi, imunologi, penderita maupun keluarga). Monitor aktivitas penyakit dan laboratorium wajib dilakukan selama kehamilan maupun pasca persalinan, termasuk didalamnya:

IgM dan IgG anticardiolipin antibodi, lupus antikoagulan, antibodi anti Ro/SSA dan anti La/SSB. Keberhasilan kehamilan dan persalinan tergantung semua faktor yang disebutkan di atas. Pasiennya postpartum biasanya pada pasien tersebut gejala muncul ketika pasien stress dan kecapean, jadi yang pertama di edukasi menghindari faktor pencetusnya terlebih dahulu. Lalu dilakukan pemeriksaan rutin dan monitoring hb, leukosit, trombosit dan urin rutin selain itu bisa juga pasiennya di edukasi untuk penggunaan kontrasepsi yang dapat dianjurkan kepada penderita lupus (Buyon, 2004).

Untuk pasien pasca operasi dengan SLE Kontrasepsi Oral merupakan pilihan bagi penderita dengan keadaan yang stabil tanpa sindrom antifosfolipid (APS). Pemilihan kontrasepsi yang efektif dan aman merupakan hal yang sangat penting dalam penanganan penderita SLE pasca persalinan. Kadar estrogen dalam kontrasepsi oral yang melebihi 20-30 ugr/hari dapat mencetuskan SLE. Risiko tromboemboli pada penderita SLE yang memakai kontrasepsi oral juga meningkat terutama apabila aPLnya positif. Kontrasepsi oral yang hanya mengandung progestogen dan depot progestogen merupakan alternatif yang lebih aman untuk penderita SLE pasca persalinan. Pemakaian alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) kurang baik karena dapat meningkatkan risiko infeksi terutama pada penderita yang memakai imunosupresan yang lama. (AANJ Kusuma, 2007).

## KESIMPULAN

Kesuburan penderita SLE sama dengan populasi wanita bukan SLE. Beberapa penelitian mendapatkan kekambuhan lupus selama kehamilan namun umumnya ringan, tetapi jika kehamilan terjadi pada saat nefritis masih aktif maka 50-60% eksaserbasi, sementara jika nefritis lupus dalam keadaan remisi 3-6 bulan sebelum konsepsi hanya 7-10% yang mengalami kekambuhan. Kemungkinan untuk mengalami preeklampsia dan eclampsia juga meningkat pada penderita dengan

nefritis lupus dengan faktor predisposisi yaitu hipertensi dan sindroma antifosfolipid (APS). Metoda kontrasepsi untuk SLE Kontrasepsi yang dapat dianjurkan kepada para penderita lupus sangatlah terbatas, dan masing-masing harus diberikan secara individual, tergantung kondisi penderita. Kontrasepsi oral merupakan pilihan bagi penderita dengan keadaan yang stabil, tanpa sindrom antifosfolipid (APS).

Rekomendasi pemantauan kehamilan pada penderita SLE perencanaan dan pemantauan kehamilan sampai proses persalinan harus diupayakan bersama dengan para ahli (spesialis kebidanan, reumatolog, imunolog, penderita maupun keluarganya). Monitor aktivitas penyakit dan laboratorium wajib dilakukan selama kehamilan maupun pasca persalinan, termasuk di dalamnya: IgM dan IgG anticardiolipin antibodi, lupus antikoagulan, antibodi anti Ro/SSA dan anti La/SSB. Keberhasilan kehamilan dan persalinan tergantung pada semua faktor yang telah disebutkan di atas.

## DAFTAR PUSTAKA

- AANJ Kusuma. (2007). Lupus Eritematosus Sistemik Pada Kehamilan, Denpasar, Divisi Feto Maternal Bagian/SMF Obstetri dan Ginekologi FK unud/RSUP Sangla. *Jurnal Penyakit Dalam* 8:172-174.
- Buyon, V.P. (2004). Management of SLE During Pregnancy: a Decision Tree. *Rematologi* 20(4): 197-201.
- Handa, R., Kumar, U., Wali, J.P. (2006). Systemic lupus erithematosus and pregnancy. *JAPI* 54:235-8.
- Notoatmodjo. (2010). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rénike Cipta
- Rekomendasi Perhimpunan Reumatologi Indonesia. (2011). Untuk Diagnosis dan Pengelolaan Lupus Eritematosus Sistemik: 42.
- Setyohadi, B. (2003) *Penatalaksanaan Lupus Eritematosus Sistemik*. Temu Ilmiah Reumatologi ;154-8.