

# Penanganan Pendahuluan Prarujukan Penderita Preeklampsia Berat dan Eklampsia

John Rambulangi

*Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin  
Makassar*

## ABSTRAK

Preeklampsia-eklampsia merupakan penyakit kehamilan sistemik yang etiologinya hingga kini belum diketahui. Penyakit ini banyak dijumpai di daerah-daerah di luar jangkauan rumah sakit yang mempunyai fasilitas memadai dan pada umumnya diderita oleh golongan sosio ekonomi lemah.

Dalam Sistem Kesehatan Nasional, rujukan upaya kesehatan dibagi menjadi dua kategori, yaitu :

- a. Rujukan kesehatan (*health referral*): terutama dikaitkan dengan upaya peningkatan dan pencegahan yang mencakup kegiatan bantuan teknologi, sarana dan operasional.
- b. Rujukan medik (*medical referral*) : rujukan pelayanan yang ditekankan pada upaya penyembuhan dan pemulihan.

Ditinjau dari kegiatannya dapat dibagi menjadi : *Transfer of knowledge, transfer of document, transfer of specimen, transfer of patient.*

Dalam kegiatan sehari-hari upaya rujukan yang terbanyak adalah *transfer of patient.*

Dalam merujuk penderita preeklampsia berat - eklampsia, kegiatannya dapat dibagi dalam beberapa tahapan, yaitu tahap pengobatan pendahuluan, tahap transportasi penderita, tahap pengobatan lanjutan, tahap merujuk-balik.

Tahap pengobatan pendahuluan ialah secepatnya dapat mendiagnosis adanya hipertensi dalam kehamilan, menentukan klasifikasinya, serta menentukan adanya penyulit-penyulit yang timbul agar penderita tidak jatuh dalam stadium yang lebih berat dan dapat segera mengatasi penyulit-penyulitnya. Tahap ini lasim disebut tahap resusitasi.

Kata kunci : Prarujukan, preeklampsia berat, eklampsia.

## PENDAHULUAN

Angka kematian maternal di Indonesia adalah 4,5 permil, tertinggi di antara negara-negara ASEAN. Salah satu penyebab kematian tersebut adalah preeklampsia - eklampsia, yang bersama infeksi dan perdarahan, diperkirakan mencakup 75 - 80% dari keseluruhan kematian maternal<sup>(1)</sup>.

Berdasarkan hasil survai yang dilakukan oleh Angsar,

insiden preeklampsia-eklampsia berkisar 10-13% dari keseluruhan ibu hamil; di dua rumah sakit pendidikan di Makassar insiden preeklampsia berat 2,61%, eklampsia 0,84% dan angka kematian akibatnya 22,2% (Lukas dan Rambulangi 1994). Sedangkan Angsar mendapatkan fatalitas preeklampsia - eklampsia di beberapa rumah sakit perkotaan berentang 1-15,2%.<sup>1,2,3</sup>

Seperti diketahui preeklampsia-eklampsia merupakan penyulit kehamilan sistemik yang etiologinya hingga kini belum diketahui. Preeklampsia - eklampsia banyak dijumpai di daerah-daerah di luar jangkauan rumah sakit yang mempunyai fasilitas memadai untuk merawatnya dan pada umumnya diderita oleh golongan sosio ekonomi lemah.

Dalam pelaksanaan dan pengembangan upaya kesehatan dalam bentuk pokok Sistem Kesehatan Nasional, maka rujukan upaya kesehatan dibagi menjadi dua-kategori, yaitu<sup>4</sup> :

a. Rujukan kesehatan (*health referral*) : terutama dikaitkan dengan upaya peningkatan dan pencegahan yang mencakup kegiatan bantuan teknologi, sarana dan operasional.

b. Rujukan medik (*medical referral*) : rujukan pelayanan yang ditekankan pada upaya penyembuhan dan pemulihan. Ditinjau dari kegiatannya dapat dibagi menjadi :

1. *Transfer of knowledge*
2. *Transfer of document*
3. *Transfer of specimen*
4. *Transfer of patient*

Dalam kegiatan sehari-hari upaya rujukan yang terbanyak adalah *transfer of patient*, terutama pemindahan penderita dari satu unit pelayanan kesehatan terendah sampai yang tertinggi, namun masih dijumpai kesalahan atau kesulitan dalam pelaksanaannya. Tujuan rujukan pasien ialah agar dapat dilakukan pemindahan penderita secara efektif, efisien dan memuaskan; di samping itu pelaksanaan rujukan perlu memperhatikan tingkat kegawatan, sarana yang dibutuhkan dan tingkat kemampuan tempat rujukan. Oleh karena itu alur rujukan preeklampsia berat - eklampsia tidak perlu berjenjang tetapi langsung ke tempat pelayanan kesehatan yang mampu memberikan pertolongan pertama.

#### INDIKASI RUJUKAN

Pada dasarnya penderita preeklampsia- eklampsia yang harus dirujuk ke rumah sakit dengan fasilitas yang sesuai dengan kebutuhan adalah :

1. Semua penderita preeklampsia berat-eklampsia
2. Penderita hipertensi dalam kehamilan dengan penyakit-penyakit dasar kardiovaskuler, renovaskuler atau metabolik
3. Penderita hipertensi dalam kehamilan dengan penyulit obstetrik.

Kegiatan rujukan penderita preeklampsia berat - eklampsia, dapat dibagi dalam beberapa tahapan, yaitu :

1. Tahap pengobatan pendahuluan
2. Tahap transportasi penderita
3. Tahap pengobatan lanjutan
4. Tahap merujuk balik

Pada makalah ini akan dibicarakan secara garis besar tahap-tahap pengobatan pendahuluan.

#### TAHAP PENGOBATAN PENDAHULUAN

Bagi semua tenaga kesehatan, kemampuan yang perlu dimiliki pada tahap pengobatan pendahuluan ialah secepatnya dapat mendiagnosis adanya hipertensi dalam kehamilan, menentukan klasifikasinya, serta menentukan adanya penyulit-penyulit yang timbul.

Tujuan pengobatan pendahuluan ialah agar penderita tidak

jatuh dalam stadium yang lebih berat dan dapat segera mengatasi penyulit-penyulitnya. Tahap ini lasim disebut tahap resusitasi. Dalam memberikan pengobatan pendahuluan ini perlu diingat hal-hal yang berhubungan dengan perubahan fisiologi kehamilan normal dan patofisiologi hipertensi dalam kehamilan.

**Tabel 1. Perubahan-perubahan penting pada kehamilan normal dan hipertensi**

Kehamilan normal
1. Adanya kompresi aorta - caval oleh rahim
2. Peningkatan kebutuhan O <sub>2</sub> dan ventilasi
3. Resiko aspirasi bahan lambung
Hipertensi dalam kehamilan
1. Hipovolemia
2. Vasokonstriksi
3. Penurunan aliran darah pada organ-organ penting

#### Obat-obat yang diberikan

Pengobatan pendahuluan mutlak dilakukan agar tercapai stabilitas hemodinamik dan metabolik:

1. Pemasangan infus

Pemasangan kanula intravena dengan diameter 16 G dimaksudkan agar dapat memberikan cairan infus dengan lancar dan sebagai sarana pemberian obat-obat intravena. Cairan infus yang diberikan adalah dekstrose 5% setiap 1000 ml diselingi cairan ringer laktat 500 ml.

2. Obat-obat anti kejang

- a. MgSO<sub>4</sub>

Diberikan secara intramuskuler pada preeklampsia berat, sedang pada eklampsia diberikan secara intravena.

- *Loading dose*: 4 g MgSO<sub>4</sub> 40% dalam larutan 10 ml intravena selama 4 menit, disusul 8 g MgSO<sub>4</sub> 40% dalam larutan 25 ml intramuskuler pada bokong kiri dan kanan masing-masing 4 g.

- *Maintenance dose*: 4 g MgSO<sub>4</sub> tiap 6 jam secara intramuskuler; bila timbul kejang lagi, dapat diberikan tambahan 2 g MgSO<sub>4</sub> iv selama 2 menit sekurang-kurangnya 20 menit setelah pemberian terakhir. Bila setelah pemberian dosis tambahan masih tetap kejang maka diberikan amobarbital 3-5 mg/kgbb/iv. Pada pemberian MgSO<sub>4</sub> diperlukan pemantauan tanda-tanda keracunan MgSO<sub>4</sub>. Kejang ulang setelah pemberian MgSO<sub>4</sub> hanya 1%. Magnesium sulfat menurunkan eksitabilitas neuromuskuler; walaupun dapat menembus plasenta, tidak ditemukan bukti toksisitas pada neonatus dari fetus.

- b. Diazepam

Suatu antikonvulsan yang efektif dengan jalan menekan *reticular activating system* dan *basal ganglia* tanpa menekan pusat meduler. Diazepam melewati barrier plasenta dan dapat menyebabkan depresi pernapasan pada neonatus, hipotensi dan hipotermi hingga 36 jam setelah pemberiannya. Depresi neonatal ini hanya terjadi bila dosisnya lebih dari 30 mg pada 15 jam sebelum kelahiran.

Dosis awal : 10-20 mg bolus intravena

Dosis tambahan : 5-10 mg intravena jika diperlukan atau tetesan 40 mg diazepam dalam 500 ml larutan dekstrose 5%

### 3. Obat-obat anti hipertensi

Diberikan jika tekanan darah sistolik 160 mmHg atau tekanan darah diastolik 110 mmHg.

#### a. Klonidin

Satu-satunya antihipertensi yang tersedia dalam bentuk suntikan. 1 ampul mengandung 0,15 mg/ml.

Caranya : 1 ampul klonidin diencerkan dalam 10 ml larutan garam faal atau aquadest. Disuntikkan mula-mula 5 ml i.v pelan-pelan selama 5 menit; setelah 5 menit tekanan darah diukur, bila belum turun, diberikan lagi sisanya. Klonidin dapat diberikan tiap 4 jam sampai tekanan darah mencapai normal.

#### b. Nifedipin

Obat yang termasuk golongan antagonis kalsium ini dapat diberikan 10 mg sub lingual atau 3-4 kali 10 mg peroral.

#### c. Hidralasin

Vasodilator ini tergolong obat yang banyak dipakai untuk hipertensi dalam kehamilan. Ferris dan Burrow<sup>14</sup> mengatakan bahwa penurunan vasospasme akan meningkatkan perfusi uteroplasenter. Obat ini di Indonesia hanya tersedia dalam bentuk tablet.

### 4. Diuretika

Diuretika tidak digunakan kecuali jika didapatkan<sup>7,8</sup>:

- edema paru
- payah jantung kongestif
- edema anasarka

Yang dipakai adalah golongan furosemid. Baik tiazid maupun furosemid dapat menurunkan fungsi uteroplasenter.

### 5. Kardiotonika

Indikasi pemberiannya ialah bila ditemukan tanda-tanda payah jantung.

### 6. Antipiretika

Digunakan bila suhu rektal di atas 38,5°C ; dapat dibantu dengan pemberian kompres dingin.<sup>6,7</sup>

### 7. Antibiotika

Diberikan atas indikasi

### 8. Anti nyeri

Bila penderita kesakitan atau gelisah karena kontraksi rahim dapat diberi petidin 50-75 mg sekali saja selambat-lambatnya 2 jam sebelum bayi lahir.

Mengingat dalam kasus rujukan preeklampsia berat - eklampsia, pos terdepan yang sering menemukan kasus ini adalah perawat atau bidan maka para petugas tersebut wajib dan harus mampu memberikan obat-obat pendahuluan yang mutlak dilakukan sebelum transportasi. Kewenangan dokter puskesmas dalam memberikan obat-obat pendahuluan dapat didelegasikan kepada perawat maupun bidan. Bila perawat atau bidan mengetahui dengan benar syarat-syarat, indikasi dan cara pemberian obat tersebut maka kecil kemungkinan terjadinya pengaruh sangkal obat-obat tersebut.

Bila penderita preeklampsia - eklampsia kejang-kejang kemudian jatuh kedalam koma, maka selain diberikan pengobatan pendahuluan, perawatan pendahuluan juga penting dalam persiapan transportasi. Perlu diingat bahwa penderita koma tidak bereaksi atau mempertahankan diri terhadap<sup>(5)</sup>:

- suhu yang ekstrim
- posisi tubuh yang menimbulkan nyeri

#### - aspirasi

Bahaya terbesar yang mengancam penderita koma adalah buntunya jalan napas atas. Setiap penderita eklampsia yang jatuh ke dalam koma harus dianggap bahwa jalan napas atas nya terbuntu, kecuali dibuktikan lain. Oleh karena itu tindakan pertama adalah menjaga dan mengusahakan agar jalan napas atas tetap terbuka. Cara yang sederhana dan cukup efektif adalah dengan cara *head tilt-chin lift* atau *head tilt-neck lift* yang kemudian dilanjutkan dengan pemasangan kanul orofaringeal.<sup>(5,6)</sup>

Hal penting ke dua yang perlu diperhatikan ialah bahwa penderita koma akan kehilangan refleks muntah sehingga ancaman aspirasi bahan lambung sangat besar. Ibu hamil selalu dianggap memiliki lambung penuh, oleh sebab itu semua benda-benda yang berada dalam rongga mulut dan tenggorokan, baik berupa makanan atau lendir harus diisap secara intermitten. Penderita ditidurkan dalam posisi yang stabil untuk drainase lendir.

Pada penderita yang kejang tujuan pertolongan pertama ialah mencegah penderita mengalami trauma akibat kejang-kejang tersebut. Penderita diletakkan di tempat tidur yang lebar; hendaknya dijaga agar kepala dan ekstremitas penderita yang kejang tidak membentur benda di sekitarnya. Hindari fiksasi terlalu kuat yang justru dapat menimbulkan fraktur. Beri sudip lidah dan jangan mencoba melepas sudip lidah yang sedang tergigit karena dapat mematahkan gigi. Ruangan penderita harus cukup terang. Bila kejang-kejang reda, segera beri oksigen.

### PEMANTAUAN JANIN DALAM RAHIM

Denyut jantung janin dapat dipantau secara sederhana dengan alat monoskop, jika tersedia, digunakan doppler atau ultrasonografi.

### TAHAP TRANSPORTASI PENDERITA

Yang dimaksud dengan tahap transportasi penderita ialah memindahkan penderita dari suatu tempat ke tempat lain yang lebih memadai secara efektif, efisien dan benar. Ada dua kegiatan yang harus dilakukan yaitu<sup>(6)</sup>:

1. Evaluasi penderita setelah pengobatan pendahuluan (*pre-transfer assessment* setelah *pretransfer treatment*)
2. Transfer penderita

Pada tahap *pretransfer assessment* perlu diperhatikan apakah setelah pemberian obat-obat pendahuluan, stabilitas hemodinamik dan metabolik sudah tercapai, biasanya memerlukan waktu 4-6 jam setelah pengobatan medikamentosa lengkap berakhir.

Evaluasi klinik yang penting untuk menentukan stabilitas penderita adalah dari aspek:

- a. Sistem kardiosirkulasi
- b. Sistem respirasi
- c. Sistem susunan saraf pusat

Semua data penderita dicatat dalam dokumen medik dengan model "Dokumen medik berorientasi masalah" dan harus disertakan bersama penderita pada saat dirujuk.