

## LAPORAN KASUS : KEHAMILAN PREMATURITAS DENGAN PREEKLAMPSIA BERAT DALAM PERSPEKTIF MEDIS, BIOETIK, DAN ISLAM

Agung Muhajir<sup>1</sup>, Nasrudin Andi Mappaware<sup>2\*</sup>, M. Hamsah<sup>3</sup>

Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran UMI: RS Ibnu Sina<sup>1</sup>, Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin<sup>2</sup>, RSIA Sitti Khadijah Makassar<sup>3</sup>

\*Corresponding Author : nasrudin.nasrudin@umi.ac.id

Afiliasi : Fakultas Kedokteran Universitas Muslim Indonesia

### ABSTRAK

Hipertensi dalam kehamilan merupakan 5-15 % penyulit kehamilan dan merupakan salah satu dari tiga penyebab tertinggi mortalitas dan morbiditas ibu bersalin. Preeklampsia berat adalah peningkatan tekanan darah  $\geq 160/110$  mmHg dengan berbagai komplikasi. Dalam kaidah dasar bioetik terdapat empat aspek yaitu *beneficence*, *non maleficence*, *autonomi*, dan *justice*. Maqashid Al Shariat mengandung 5 nilai yaitu *Hifz ad din*, *hifz an nafs*, *hifz al maal*, *hifz al nasl*, dan *hifz al aql*. Dalam perspektif ilmu fiqh terdiri atas lima kaidah yaitu *Al umuru bi maqashida*, *La dharara wa laa dirara*, *Al masyaqqah tajlibut*, *Al yaqinu la yuzalu bi syaq*, dan *Al adatu muhakkamah*. Seorang perempuan usia 40 tahun G6P4A1 gravid 34 minggu 5 hari dengan keluhan mual muntah. IMT 40.63. Tekanan darah 180/100 mmHg. Nyeri tekan regio epigastrik, dan edema pada kedua tungkai. Hasil pemeriksaan urin didapatkan protein +1 darah +3. Diagnosa pada pasien ini kehamilan prematur dengan preeklampsia berat. Tatalaksana yang diberikan pada pasien ini adalah protap PEB dengan terminasi kehamilan dan tubektomi. Dalam perspektif bioetik memenuhi aspek non maleficence, beneficence, dan autonomi serta mengandung nilai maqashid al shariat yaitu *hifz an nafs* dan pada kaidah fiqh yaitu *Al umuru bi maqashida*, *La dharara wa laa dirara*, dan *Al adatu muhakkamah*. Seorang perempuan di diagnosis prematuritas dengan preeklampsia berat dilakukan tindakan dengan indikasi medis, kaidah dasar bioetik, maqashid syariah, dan kaidah fiqh.

**Kata kunci** : preeklampsia berat, *non maleficence*, *da*, *la dharara wa laa dirara*

### ABSTRACT

*Hypertension in pregnancy constitutes 5-15% complicating pregnancy and is one of the three highest causes of maternal mortality and morbidity. Severe preeclampsia is an increase in blood pressure  $\geq 160/110$  mmHg with various complications. In the basic rules of bioethics, there are four aspects, namely beneficence, non-maleficence, autonomy, and justice. Maqashid Al Shariat contains 5 values namely Hifz ad din, hifz an nafs, hifz al maal, hifz al nasl, and hifz al aql. In the perspective of fiqh consists of five rules, namely Al umuru bi maqashida, La dharara wa laa dirara, , Al masyaqqah tajlibut, Al yaqinu la yuzalu bi syaq, and Al adatu muhakkamah. A 40-year-old G6P4A1 woman gravid 34 weeks 5 days with complaints of nausea vomiting. BMI 40.63. Blood pressure 180/100 mmHg. Epigastric region tenderness, and edema in both limbs. The results of urine examination obtained protein +1 blood +3. Diagnosis in these patients is premature pregnancy with severe preeclampsia. The treatment given to this patient is PEB program with termination of pregnancy and tubectomy. In the bioethical perspective, it fulfills aspects of non-maleficence, beneficence, and autonomy and contains maqashid al shariat values, namely hifz an nafs and in fiqh rules, namely Al umuru bi maqashida, La dharara wa laa dirara, and Al adatu muhakkamah. A woman diagnosed with prematurity with severe preeclampsia is subjected to medical indications, basic bioethical rules, maqashid sharia, and fiqh rules.*

**Keywords** : severe preeclampsia, *non maleficence*, *da*, *la dharara wa laa dirara*

### PENDAHULUAN

Angka kematian ibu sangat tinggi. Diperkirakan pada tahun 2017 menunjukkan sekitar

810 wanita meninggal setiap hari karena komplikasi terkait kehamilan atau persalinan di seluruh dunia (WHO, 2020). Pada 2017, 295.000 wanita meninggal selama dan setelah Kehamilan dan persalinan. Sebagian besar terjadi karena sumber daya rendah, dan sebagian besar dapat dicegah. Penyebab kematian langsung kematian ibu adalah gangguan hipertensi dalam kehamilan (33,1%), pendarahan obstetrik (27,03%), komplikasi nonobstetrik (15,7%), komplikasi obstetrik lainnya (12,04%), infeksi yang berkaitan dengan kehamilan (6,06%), dan penyebab lain (4,81%).(Prawiroharjo, 2016)

Preeklampsia termasuk ke dalam salah satu klasifikasi dari hipertensi dalam kehamilan (HDK) (ACOG,2020). Preeklampsia merupakan kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan adanya disfungsi plasenta dan respon maternal terhadap adanya inflamasi sistemik dengan aktivasi endotel dan koagulasi (POGI,2016). Diagnosis preeklampsia ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi spesifik yang disebabkan kehamilan disertai dengan gangguan sistem organ lainnya pada usia kehamilan diatas 20 minggu (Taye MK, 2023). Preeklampsia diklasifikasikan menjadi dua yaitu preeklampsia dan preeklampsia berat. Preeklampsia berat adalah tekanan darah sekurang-kurangnya 160 mmHg sistolik atau 110 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama, gangguan pada berbagai organ seperti gangguan hematologi, gangguan fungsi ginjal, gangguan liver, edema paru, gangguan neurologis, serta gangguan pertumbuhan janin yang menjadi tanda gangguan sirkulasi uteroplasenta. ( Shahd A,2023)

Faktor risiko pada preeklampsia dan preeklampsia berat biasanya juga berperan dalam proses perkembangan penyakit ini. Yang termasuk ke dalam faktor risiko tinggi yaitu riwayat preeklampsia, kehamilan multipel, hipertensi kronis, diabetes mellitus tipe 1 atau 2, penyakit ginjal, penyakit autoimun (contoh: systemic lupus erythematosus, antiphospholipid syndrome) sedangkan yang termasuk ke dalam faktor risiko sedang yaitu nulipara, obesitas (Indeks masa tubuh  $> 30 \text{ kg/m}^2$ ), riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan, usia  $\geq 35$  tahun, riwayat khusus pasien (interval kehamilan  $> 10$  tahun). Sampai saat ini etiologi dan patomekanisme preeklampsia masih belum diketahui secara jelas tetapi diyakini akibat dari invasi trofoblas yang abnormal. Tatalaksana ekspektatif dan aktif pada preeklampsia berat dilakukan untuk memperbaiki luaran maternal dan neonatal. Laporan kasus ini bertujuan untuk membahas mengenai faktor risiko dan tatalaksana yang tepat dalam kasus preeklampsia berat guna menurunkan angka kematian ibu dan janin.

## LAPORAN KASUS

Perempuan 41 tahun G6P4A1 gravid 34 minggu 5 hari datang ke IGD RSIA Sitti Khadijah 1 Makassar dengan keluhan mual dan muntah frekuensi 1 kali isi makanan yang dialami sejak 1 hari yang lalu. Pasien juga mengeluhkan bengkak pada kaki yang dialami sejak 1 minggu yang lalu. Belum ada tanda inpartu. Riwayat ANC 4 kali di puskesmas dan 1 kali di spesialis obgyn. Riwayat injeksi TT tidak pernah, riwayat pemakaian kontrasepsi tidak pernah, riwayat operasi tidak pernah, riwayat menikah 2 kali lama pernikahan pertama 13 tahun, lama pernikahan kedua 2 bulan, riwayat penyakit terdahulu hipertensi pada kehamilan sebelumnya. Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum sakit sedang. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 180/100 mmHg, nadi 88x/menit, pernapasan 22x/menit, suhu  $36.6^{\circ}\text{C}$ . Didapatkan adanya nyeri tekan pada regio epigastrium dan edema pada kedua tungkai. Pada pemeriksaan luar didapatkan tinggi fundus uteri 29 cm, lingkar perut 90 cm, taksiran berat janin 2610 gram, HIS tidak ada, DJJ 135x/menit, situs memanjang, punggung kiri, bagian terbawah kepala, perlimaan 5/5, dan janin kesan Tunggal. Pada pemeriksaan laboratorium darah rutin tidak didapatkan adanya kelainan, urinalisa didapatkan protein +1 dan darah +3. Pada USG Gravid tunggal hidup intaruterin, presentasi kepala, punggung kiri, plasenta letak fundus, maturasi grade II EFW : 1973 gr, EDD : 15/10/2023 Biometri janin sesuai usia kehamilan 32 minggu 5 hari. Sehingga berdasarkan

anamnesis, pemeriksaan fisik, dan laboratorium pasien didiagnosis G6P4A1 gravid 34 minggu 5 hari dengan preeklampsia berat. Pasien kemudian diberikan tatalaksana protap preeklampsia berat dengan pemberian NaCl 100 cc+MgSO<sub>4</sub> 40% 4 gr 73 tpm selama 20 menit sebagai dosis awal dilanjutkan dengan pemberian NaCl 100 cc+MgSO<sub>4</sub> 40% 6 gr 28 tpm sebagai dosis rumatan. Kemudian diberikan anitipertensi golongan CCB yaitu nifedipin 10 mg tab 3x1. Dilakukan juga pemasangan kateter urin. Pada pasien juga diberikan Injeksi Ondansetron 1 amp/8 jam/IV serta diberikan pematangan paru berupa Injeksi Dexametason 6gr/12 jam/IM sebanyak 4 kali. Direncanakan Seksio Sesaria Transperitoneal Profunda apabila pematangan paru selesai. Setelah tanda vital stabil dan pematangan paru selesai dilakukan terminasi kehamilan dan luaran bayi laki-laki, berat badan lahir 2200 gram, Panjang badan lahir 50 cm, dan Apgar Score 8/10 serta dilakukan tubektomi bilateral pada pasien ini.

## PEMBAHASAN

### Analisa Kasus Berdasarkan Aspek Medis

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang dapat ditegakkan diagnosis kehamilan dengan preeklampsia berat. Beberapa faktor risiko dapat ditemukan pada pasien ini. Pada anamnesis didapatkan bahwa ibu hamil dengan usia 40 tahun, dan multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru, dan obesitas.

Banyak penelitian yang telah mengaitkan usia ibu yang terlalu tua atau muda faktor risiko terjadinya preeklampsia. Sebuah studi kohort yang mencakup individu preeklampitik dari 1998-2014 di AS menyarankan bahwa wanita pada usia ekstrem (<25 tahun atau >45 tahun) cenderung berkembang menjadi morbiditas dengan penyerta. Wanita usia < 25 tahun cenderung akan berkembang menjadi eklampsia sedangkan pada usia > 45 tahun akan berkembang mejadi penyakit jantung dan ginjal di kemudian hari. Dalam studi cross-sectional retrospektif di Indonesia yang dilakukan pada tahun 2016-2017, preeklampsia wanita di atas 35 tahun mengalami komplikasi yang lebih parah secara umum, dengan perdarahan postpartum pada khususnya, sementara tidak ada peningkatan yang signifikan dalam perkembangan Sindrom HELLP, gangguan penglihatan, edema paru, atau eklampsia diidentifikasi.( Chang KJ, 2023)

Obesitas adalah masalah yang mengkhawatirkan di dunia modern dan telah terbukti memberikan banyak bahaya bagi kesehatan manusia. Seiring waktu, itu telah menimbulkan kekhawatiran baik di negara maju maupun negara berkembang. Sebagai salah satu faktor risiko utama yang disebabkan, mekanisme bagaimana obesitas berpotensi menyebabkan preeklampsia telah dipelajari. Obesitas diketahui terkait dengan reaksi inflamasi sistemik, resistensi insulin, dan stres oksidatif. Jalur di mana obesitas dapat menyebabkan gangguan hipertensi termasuk peningkatan stres oksidatif, peningkatan tonus simpatik, dan peningkatan ekspresi angiotensinogen. Resistensi insulin, di sisi lain, terkait dengan berkurangnya migrasi sitotrofoblas dan iskemia plasenta sebagai akibatnya. Untuk wanita hamil, obesitas ibu, kelebihan berat badan ibu, dan bahkan peningkatan IMT dalam kisaran normal dapat mengindikasikan peningkatan risiko morbiditas ibu dan janin, termasuk preeklampsia. Dengan demikian, wanita hamil obesitas atau kelebihan berat badan harus disarankan untuk menurunkan berat badan melalui kontrol diet, aktivitas fisik dalam jumlah sedang, dan modifikasi gaya hidup.( Chang KJ, 2023)

Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru dapat menjadi faktormrisiko terjadinya preeklampsia. studi ini menegaskan bahwa perubahan pasangan meningkatkan risiko preeklampsia pada kehamilan berikutnya. Maladaptasi imun pada ibu janin bisa menjadi mekanisme yang mendasarinya. Wanita multipara dengan pasangan baru harus dianggap sebagai wanita primigravid.( Tubbergen P,1999)

Patofisiologi preeklampsia masih belum diketahui secara jelas. Namun, akibat adanya faktor genetik, lingkungan, dan imunologi yang saling berinteraksi akan menyebabkan insufisiensi plasenta pada trimester pertama dan kedua. Faktor genetik mencakup ketidakseimbangan nukleotida tunggal tirosin kinase 1 (sFlt1) seperti fms larut ibu dan janin polimorfisme, transkripome desiganda, dan heme isoform oksigenase. Sementara itu, diabetes melitus, hiperglikemia, dan hipertensi kronis pada kehamilan dapat sangat meningkatkan morbiditas preeklampsia. Selain itu faktor imunologi seperti dominasi sel T helper pada plasenta, *natural cell killer* pada desidua dan *imunogenik human antigen leukosit-C* pada trofoblas akan juga mempengaruhi terjadinya preeklampsia. Kemudian pada akhir trimester ketiga invasi trofoblas superficial mengalami penyempitan pembuluh darah sehingga menyebabkan plasenta iskemia. Hal ini akan menyebabkan stress oksidatif dan hipoksia persisten pada plasenta dan meningkatkan kadar sFlt1 and soluble endoglin (sEng) serta sitokin pro inflamasi pada aliran darah ibu. Kadar sFlt1 dan sEng yang tinggi dapat menyebabkan disfungsi vaskular sistemik termasuk proteinuria, hipertensi, eklampsia dan Sindrom HELLP (hemolisis, peningkatan enzim hati dan trombosit rendah). Dengan demikian, pasien preeklampsia memiliki yang lebih besar probabilitas untuk melahirkan bayi yang lebih kecil dari usia kehamilan. ( Tubbergen P,1999)( Ming WK,2013)

Deteksi atau diagnosis dini dan penatalaksanaan yang tepat sangat penting pada pasien dengan preeklampsia, untuk luaran ibu dan perinatal yang lebih baik. (11) Pencegahan primer yang dapat dilakukan oleh dokter di layanan primer dapat memberikan prognosis yang baik bagi ibu dan janin. Skrining pada awal kontak dan melakukan penapisan faktor risiko kepada ibu hamil kemudian melakukan pemeriksaan yang sistematis dan sederhana dapat membantu menurunkan angka kematian ibu dan janin.

### **Analisa Kasus Berdasarkan Aspek Bioetik**

Prinsip-prinsip bioetika pada dasarnya merupakan penerapan prinsip-prinsip etika dalam bidang kedokteran dan kesehatan. Telah diketahui 4 kaidah dasar bioetik yaitu Beneficence, Non Maleficence, Autonomi, dan Justice.

Pada pasien ini telah dilakukan terminasi kehamilan meskipun usia kehamilan termasuk ke dalam kategori preterm. Hal ini tidak lepas dari prinsip non maleficence dimana apabila kehamilan pasien dipertahankan maka akan berpotensi memberikan ancaman bahaya kepada ibu maupun janin.

Aspek beneficence pada kasus ini dimana dokter telah memberikan upaya untuk memberikan manfaat baik kepada ibu dan bayi. Dimana diberikan opsi terminasi kehamilan dengan memberikan pematangan paru terlebih dahulu agar sistem pernapasan bayi lebih siap untuk beradaptasi dengan dunia luar. Langkah yang diambil oleh dokter tersebut lebih banyak dampak baiknya daripada dampak buruknya sehingga meningkatkan kepuasan pada pasien

Autonomi pasien pada kasus ini sangatlah dihormati. Dengan memberikan penjelasan mengenai kondisi ibu dan janin, komplikasi yang dapat terjadi serta memberikan pilihan tindakan medik yang akan dilakukan. Semua hal tersebut tertuang dalam *informed consent*.

Kaidah justice pada kasus ini adalah dimana pasien diperlakukan setara dengan pasien lain tanpa memerhatikan suku, agama, ras, politik, ekonomi, dan sebagainya sehingga pelayanan terhadap pasien tetap menjadi prioritas utama

### **Analisis Kasus Berdasarkan Perspektif Islam**

Maqashid Al Shariat mengandung 5 nilai yaitu *Hifz ad din, hifz an nafs, hifz al maal, hifz al nasl, dan hifz al aql*. Pada kasus yang dilaporkan nilai *hifz an nafs* yang berarti penjagaan jiwa. Diketahui bahwa pada kasus meskipun usia kehamilan masih tergolong prematur pasien tetap harus menjalani terminasi kehamilan. Hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi yang tidak diinginkan bagi ibu dan janin yaitu kematian. Apabilan kehamilan

tetap dipertahankan dalam kondisi ibu dengan preeklampsia berat makan akan mendatangkan mudhorat yang lebih besar.

Dalam perspektif ilmu fiqh terdiri atas lima kaidah yaitu *Al umuru bi maqashida*, *La dharara wa laa dirara*, , *Al masyaqqah tajlibut*, *Al yaqinu la yuzalu bi syaq*, dan *Al adatu muhakkamah*. Pada kasus ini termasuk ke dalam kaidah *La dharara wa laa dirara* yang artinya janganlah memberikan kemudharatan pada diri sendiri, dan janganlah memberikan kemudharatan bagi orang lain. Kaidah tersebut mengingatkan kita bahwa sebagai seorang dokter kita tetap harus mengutamakan keselamatan kita terlebih dahulu, dimana pada kasus ini telah dokter jelaskan mengenai diagnosis dan tindakan yang akan dilakukan serta komplikasi yang akan terjadi sehingga di kemudian hari tidak akan timbul tuntutan bagi seorang dokter. Selanjutnya janganlah memberikan kemudharatan bagi orang lain, dimana mengenali tanda dan gejala awal pasien kemudian mendiagnosis secara tepat dan mengambil keputusan atas indikasi medis berupa terminasi kehamilan di usia kehamilan prematur menjadi langkah untuk dokter menghilangkan kemudharatan bagi orang lain.( Departemen Agama RI,2016)( Helim, A,2019)

## KESIMPULAN

Seorang perempuan di diagnosis prematuritas dengan preeklampsia berat dilakukan tindakan dengan indikasi medis, kaidah dasar bioetik, maqashid syariah, dan kaidah fiqh.

## UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terimakasih pada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- ACOG. The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 222. *Obstet Gynecol.* 2020;135(6):1492–5.
- Al-Qur'an dan terjemahanny. 2016. Departemen Agama RI
- Chang KJ, Seow KM, Chen KH. Preeclampsia: Recent Advances in Predicting, Preventing, and Managing the Maternal and Fetal Life-Threatening Condition. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(4).
- Helim, A. (2019). *Maqasid Syariah versus Ushul Fiqh (Konsep dan Posisinya dalam Metodologi Hukum Islam)*. 214
- M. C. A, Taye MK, Saikia N, Teron L, Kalita P. The effect of comorbidities of preeclampsia and eclampsia on maternal and fetal outcome. *Int J Reprod Contraception, Obstet Gynecol.* 2023;12(3):721–5.
- M P, AM G, A B, B O. Case Report of Severe Preeclampsia and Associated Postpartum Complications. *J Case Reports Stud.* 2016;4(4):65–8.
- Nasrudin AM, Purwadianto A. Pengantar bioetika, hukum kedokteran, dan hak asasi manusia. Konsep dasar bioetika-hukum kedokteran dalam penerapan masa kini dan Kesehatan sebagai hak asasi manusia. UMI TOHA. 2011.
- POGI. PNPk Diagnosis dan Tatalaksana Preeklampsia. In 2016. p. 1–48.
- Prawirohardjo Sarwono. Ilmu Kebidanan. 2016. 4–5 p.
- Qi J, Wu B, Chen X, Wei W, Yao X. Diagnostic biomolecules and combination therapy for pre-eclampsia. *Reprod Biol Endocrinol [Internet].* 2022;20(1):1–20. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12958-022-01003-3>
- Shahd A. Karrar; Peter L. Hong. Pre-eclampsia: pathophysiology. *Br Med Journal- Best Pract*

[Internet]. 2023;1–5. Available from: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/326/basics/pathophysiology.html>

Tubbergen P, Lachmeijer AMA, Althuisius SM, Vlak MEJ, Van Geijn HP, Dekker GA. Change in paternity: A risk factor for preeclampsia in multiparous women? *J Reprod Immunol.* 1999;45(1):81–8.

*World Health Organization.* Maternal mortality Evidence brief. *World Heal Organ.* 2020;(1):1–4. Ming WK, Gin T. Preeclampsia and eclampsia. *Oh's Intensive Care Manual, Seventh Ed.* 2013;677–83.