

Guillain Barre Syndrome pada Kehamilan

by Pribakti Budinurdjaj

Submission date: 31-May-2021 09:19AM (UTC+0700)

Submission ID: 1597457614

File name: Guillain_Barre_Syndrome_pada_Kehamilan.pdf (928.31K)

Word count: 4037

Character count: 23752

Guillain Barre Syndrome pada Kehamilan

Hermin Sabaruddin^{1*}, Pribakti Budinurdjaja², Fakhurrrazy³
Program Pendidikan Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi¹
Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi RSUD.Ulin Banjarmasin²
Dokter Spesialis Saraf RSUD.Ulin Banjarmasin³
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat
*e-mail: hermin.obsgyn.ulm17@gmail.com

Abstrak

Guillain-Barre Syndrome (GBS) merupakan sindroma klinis yang ditandai adanya paralisis flaksid dan terjadi secara akut. GBS berhubungan dengan reaksi autoimun yang menyerang saraf perifer, radiks, dan nervus kranialis. Insiden GBS adalah 1–2 per 100.000 orang/tahun. Insiden meningkat seiring dengan pertambahan umur dan meningkatnya populasi obstetrik. GBS yang terjadi pada kehamilan bervariasi, mulai dari 13% pada trimester pertama, 47% pada trimester kedua, dan 40% pada trimester ketiga. Pada laporan kasus ini dilaporkan Ny. M berusia 27 tahun dengan diagnosis G2P1A0 H.39-40 minggu+ janin tunggal hidup intrauterin + Presentasi Kepala + Inpartu kala II +GBS+ Gagal Vakum+ Severily Underweight (BMI = 17) + TBJ 3000 gr. Diagnosis GBS ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Anamnesis ditemukan riwayat penyakit sebelumnya kelemahan anggota gerak sejak tahun 2016. Riwayat penggunaan alat bantu nafas dan masuk ICU saat hamil anak 1, memiliki riwayat infeksi sebelum pasien didiagnosis GBS. Pada kehamilan kedua ini pasien tidak dapat menggerakkan ekstremitas bawah namun ekstremitas atas dapat digerakkan. Dari hasil pemeriksaan fisik ibu dan bayi dalam batas normal walaupun ditemukan BMI dalam kondisi *severily underweight*. Pasien akhirnya diputuskan untuk SC (*section caesaria*) dan pemasangan IUD (*intrauterine divice*) *intraoesarean* GBS pada kehamilan merupakan suatu keinsidental. GBS jarang memperberat kehamilan, namun jika tidak cepat teridentifikasi dan ditangani dapat meningkatkan tingginya morbiditas pada ibu dan janin. Pada serangan akut (AIDP) *acute inflammatory demyelinating polyradiculopathy* pada ibu hamil dengan GBS, dapat meningkatkan stres pada ibu maupun janin. Stres yang terjadi juga dapat merangsang sistem imun memproduksi prostaglandin sehingga mengakibatkan terjadinya persalinan prematur. Pasien dapat melahirkan saat usia kehamilan masih 7 bulan. Berbeda pada kehamilan kedua pada kasus ini dimana pasien didiagnosis dengan *chronic inflammatory demyelinating polyradiculopathy* (CIDP) sehingga GBS tidak mempengaruhi ibu dan janin.

Kata Kunci: auitomun, Guillain- Barre Syndrome, kehamilan.

Guillain Barre Syndrome in Pregnancy

Abstract

Guillain-Barre Syndrome (GBS) is a clinical syndrome characterized by the presence of the complete flaksid that occurs in acute. GBS associated with autoimmune reaction that affect peripheral nerve, radix, and cranial nerve. The incidence of GBS is 1 – 2 per 100,000 people/year. The incident was followed by increased age and the increasing population of obstetrics. GBS in pregnancy ranged from 13% in the first trimester, 47% in the second

trimester, and 40% in the third trimester. In this case report reported Mrs. M 27 years old with a diagnosis of G2P1A0 h. 39-40 weeks + insimanan + living single fetal Presentation Head + Inpartu kala II + GBS + Failed + Vacuum Severely Underweight (BMI = 17) + TBJ 3000 Gr. Diagnosis of GBS are enforced based on anamnesis, physical examination and complementary examinations. From a previous illness history found anamnesis the weakness of limbs beginning in 2016. A history of the use of breathing apparatus and admitted tot the ICU in the first pregnancy. Mrs. M had a history of infections before being diagnosed with GBS. On this second pregnancy patients cannot move lower extremity but upper extermity is still functioning. Physical examination result of mothers and babies in the normal range even though found in conditions of severely BMI underweight. The patient finally decided to SC (section caesaria) and applied the IUD intracaesarean GBS in pregnancy is a coincidental. GBS is rarely aggravate pregnancy, but if not quickly identified and handled can enhance the high morbidity in both mother and fetus. In acute attacks (AIDP) in pregnant women with GBS increase stress on the mother or the fetus. The stress that occurs can also stimulate the immune system to produce prostaglandins, resulting in premature birth. Patients can give birth when the gestational age is still 7 months. It was different in the second pregnancy in this case where the patient was diagnosed with chronic inflammatory demyelinating polyradiculopathy (CIDP) so that GBS did not affect the mother and the fetus.

Keywords: autoimmine, Guillain-Barre Syndrome, Pregnancy.

PENDAHULUAN

Guillain-Barre Syndrome (GBS) adalah suatu penyakit kelemahan lesi Lower Motor Neuron (LMN). LMN ini sering ditemukan pada usia dewasa muda dan dapat menimbulkan kematian. GBS merupakan penyakit *neuropathy* yang disebabkan oleh reaksi autoimmune sehingga dapat mengganggu fungsi motorik dan fungsi sensorik seperti perasa nyeri, suhu, dan perabaan. GBS dapat menimbulkan kelemahan otot pada ekstremitas dan hilangnya fungsi sensorik pada kedua ekstremitas (Torricelli, 2017; Fokke *et al*, 2014).

Insiden GBS adalah 1–2 per100.000 orang/tahun. Insiden meningkat diikuti penambahan umur dan meningkatnya

populasi obstetrik. Di Eropa dan Amerika Utara, kasus terbanyak pada tipe polineuropati demielinasi inflamasi akut sedangkan di Asia, Selatan dan Tengah Amerika paling sering sub tipe neuropati motorik akson akut. GBS pada kehamilan bervariasi mulai dari 13% pada trimester pertama, 47% pada trimester kedua, dan 40% pada trimester ketiga. Penyakit ini juga dapat terjadi pada periode post partum dan masa nifas. Hal ini pernah dilaporkan Van Doorn pada 30 kasus pasien hamil terdapat peningkatan insidensi pada periode postpartum (Hiraga *et al*, 2016; Cheng *et al*, 2016).

Guillain-Barre Syndrome GBS yang timbul bersamaan dengan kehamilan merupakan suatu koincidental. GBS secara umum tidak dipengaruhi oleh kehamilan

demikian sebaliknya kehamilan tidak dipengaruhi oleh GBS. Bayi yang lahir dari pasien yang menderita GBS umumnya tidak terpengaruh. Pemberian plasmapheresis cukup aman selama kehamilan, khususnya ibu hamil dengan disfungsi *autonomic*. Pemberian plasmapheresis ini sensitif terhadap perubahan dalam volume plasma. Angka kekambuhan “*chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy*” diperkirakan tiga kali lebih besar” pada trimester ketiga kehamilan dan puerperium (Torricelli, 2017; Fokke *et al*, 2014).

Pada laporan kasus ini dilaporkan Ny. M berusia 27 tahun dengan diagnosis G2P1A0 H.39-40 minggu+ janin tunggal hidup intrauterin + Presentasi Kepala + Inpartu kala II +GBS+ Gagal Vakum+ *Severily Underweight* (BMI = 17) + TBJ 3000 gr. Diagnosis GBS ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Dari anamnesis ditemukan riwayat penyakit sebelumnya kelemahan anggota gerak sejak tahun 2016. Riwayat penggunaan alat bantu nafas dan masuk ICU saat hamil anak 1. Dan riwayat infeksi sebelum pasien didiagnosis GBS.

Pada kehamilan kedua ini pasien tidak dapat menggerakkan ekstremitas bawah namun, ekstremitas atas dapat

digerakkan. Dari hasil pemeriksaan fisik ibu dan bayi dalam batas normal ditemukan BMI dalam kondisi *severily underweight*. Pasien dikonsulkan di bidang Neurologi dan didiagnosis Obs. Paraparesis ec CIDP (*Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy*), disarankan pemberian Inj. Mecobalamin 1x500 mg dan tidak ada kontra indikasi untuk mengejan. Pada perjalanannya pasien tidak dapat mengejan, dicoba untuk vakum ekstraksi namun gagal. Pasien akhirnya diputuskan untuk SC (*section caesaria*) dan pemasangan IUD intracaesarean. Lahir bayi laki-laki dengan berat badan 3000 gr, panjang badan 47 cm dengan *apgar score* 6-7-8. Bayi dirawat diruang perinatologi selama 1 hari kemudian rawat gabung. Pasien dipulangkan setelah dirawat selama 3 hari post SC dalam keadaan tidak ada keluhan, status umum dan status obstetrik dalam batas normal.

PRESENTASI KASUS

Identitas Pasien

Nama : Ny. M
No Medrec : 1390543
Umur : 27 tahun
Alamat : Jl. Pamurus dalam
tembikar kanan RT 11 No.
81
MRS : Tgl. 01 Juli 2018 pkl. 03.00
WITA

Anamnesis

Pasien datang diantar suami dengan keluhan keram perut sampai ke punggung sejak 7 jam SMKB, lendir darah (+) 6 jam SMKB, keluar air-air (-), gerak janin (+). Pasien mengaku menderita GBS sejak 2016 saat hamil anak pertama umur kehamilan 7 bulan dan tidak dapat menggerakkan kedua kakinya. R/ MRS sebelumnya tgl 25 Mei 2018 dengan G2P1A0 H. 33-34 mgu + Tak Inpartu + GBS + PPI. Pasien saat itu diberi tokolitik dan pematangan paru selama 2x24 jam, pasien dikonsul ke bagian saraf dan diberi inj. mecobalamin 1x500mg dan dikatakan tidak ada kontra indikasi untuk terminasi pervaginam. Riwayat kontrol kehamilan 2x di bidan praktek mandiri dan tidak pernah kontrol ke dokter spesialis kandungan.

Berdasarkan Haid Pertama Haid Terakhir Tanggal 30-09-2017 dengan taksiran kelahiran 07-07-2018, usia kehamilan saat itu 39-40 minggu. Riwayat melahirkan dari Pasien, sebelumnya adalah bayi kembar dengan spontan kepala dengan umur kehamilan 7 bulan dengan berat badan bayi 1700 g/1500 g pada tahun 2017. Ini merupakan kehamilan kedua dan pasien masih dalam keadaan lemah kedua kaki. Riwayat pernikahan 1x selama 4 tahun. Tidak ada riwayat KB sebelumnya.

Perjalanan penyakit sebelumnya:

September 2016

Pada kehamilan pertama pada bulan September 2016 pasien mengaku demam, batuk pilek selama seminggu, pasien didiagnosis ISPA. Saat itu pasien hamil umur kehamilan 6 bulan. Satu minggu setelah demam, batuk dan pilek pasien mengaku tidak dapat menggerakkan kedua kakinya dan beberapa lama kemudian kedua tangan tidak bisa digerakkan. Saat itu pasien ke RS. Ulin dan didignosa GBS. Pasien dalam keadaan sesak dan dirawat di ICU RS. Ulin. Pasien mengaku melahirkan prematur dengan umur kehamilan 7 bulan. Post rawat pasien disarankan melakukan 4 tahapan fisioterapi (*Biofeedback, IR + TENS, ROM exeras, breathing exercise*) namun pasien hanya melakukan fisioterapi sebanyak 4x

Mei 2018

Pasien datang diantar suami karena merasa sudah waktunya melahirkan. Pasien lupa haid pertama haid terakhir. Pasien saat itu mengeluh keram perut (-), lendir darah (-), keluar air ketuban maks (-), gerak janin (+). Pasien di diagnosis dengan G2P1A0 H.33-34 minggu+JTHIU+PPI+GBS+TBJ 1800 g. Pasien ditatalaksana dengan pematangan paru dan pemberian tokolitik selama 2x24 jam.

Jawaban Konsul saraf Tgl 25-05-2018:

Pada pemeriksaan neurologis

KU: lemah, CM E4V5M6

Pada ekstremitas motorik

5	5
2	2

Refleks Fisiologis

+1	+1
+2	+2

Atrofi

+	+
+	+

Refleks Patologis

-	-
-	-

Assesment: Obs. Paraparesis ec CIDP (*Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy*)/ GBS

Saran: Inj. Mecobalamin 1x500mg

Lain-lain Terapi TS obgyn

Tidak ada kontraindikasi tindakan pervaginam

Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan status umum pasien dalam keadaan sadar tidak ada *anemia, ikterik, cianosis dan dyspnoe*. Dari **tanda vital dalam batas normal**. Pemeriksaan jantung dan paru **dalam batas normal**, dari eksterimitas bawah didapatkan tidak terdapat refleks patologis, reflek fisiologis

(+/-), atrofi (+/-). Dari *Body Mass Index* sebesar 17 (*severily underweight*). Dari status obstetri didapatkan tinggi *fundus uteri* sebesar 31 cm dengan bayi berada di punggung kiri dengan presentasi **S kepala sudah masuk PAP (pintu atas panggul)**. **Denyut jantung** bayi 144x/mnt dengan taksiran berat janin 3000 g dengan His 3x dalam 10 menit dalam 30 detik. Pada pemeriksaan dalam ditemukan pembukaan 6cm, penipisan 75%, ketuban (+), kepala, ubun-ubun kecil kiri depan berada di Hll.

Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan laboratorium

didapatkan hasil yang normal dengan nilai Hb 11,8 g/dl dengan sel darah putih 9.3 ribu/ul, trombosit 373 ribu/ul, Hematokrit 38,6, dengan MCV 78,2, MCH 23,8, MCHC 30,5%.

Hasil faktor pembekuan darah dalam batas normal dengan nilai PT 9,9 dan APTT 18,1.

Hasil pemeriksaan Hbs Ag didapatkan non reaktif.

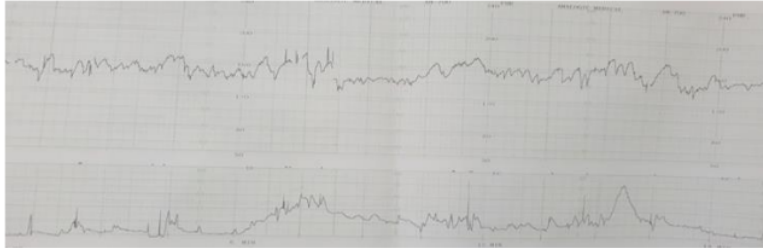
Riwayat pemeriksaan penunjang

- Hasil MRI Cervical (Tgl 29 Juni 2016): Myelitis
- Hasil pemeriksaan Nueuro Elektromedik (Tgl 10 September 2016): Polineuropati ringan berat N. Peroneus, N. Medianus, dan N. Ulnair dengan Radikulopati Berat, Saran: Lumbal pungsi untuk melihat disosiasi sito protein (tidak

Guillain Barre Syndrome pada Kehamilan
Hermin Sabaruddin, Pribakti Budinurdjaja, Fakhurrazy

dilakukan dengan alasan dalam keadaan hamil)
Dari pemeriksaan Kardiotokografi (**Gambar 1**) didapatkan hasil kategori I dengan nilai

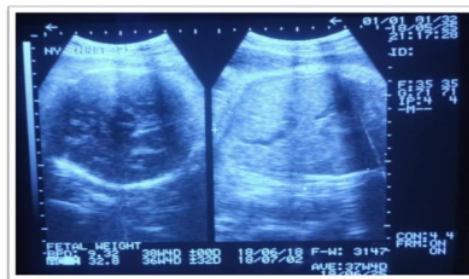
baseline : 150 dpm, variabilitas 5-25 dpm, terdapat akselerasi, tidak ada deselerasi, gerak janin (+), tidak ada his.



Gambar 1. Kardiotokografi

Dari hasil pemeriksaan Ultrasonografi di VK bersalin (**Gambar 3**) didapatkan hasil Janin tunggal presentasi kepala dengan detak jantung janin (+), Biparietal diameter 9,32 cm sesuai dengan

usia kehamilan 38-39mgg, dan *Abdominal circumference* 33,4 cm sesuai dengan usia kehamilan 38mgg. EFW 3157 gr. Plasenta terletak di *fundus, grade 2*, dengan air ketuban yang cukup.



Gambar 2. Ultrasonografi di VK RSUD Ulin Banjarmasin pada tanggal 01 Juli 2018



Gambar 3. Ultrasonografi Sp. OG di VK Bersalin pada perawatan sebelumnya tanggal 26 Mei 2018

Interpretasi hasil USG :

Janin: tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala

Amnion: AFI cukup

Plasenta: Implantasi di *corpus posterior grade II t*

Biometri:

BPD 8.32 ~33-34 minggu

HC 30.64 ~ 33-34 minggu

AC 28.36 ~ 33-34 minggu

FL 6.40 ~33-34 minggu

TBJ : 2112 gr

Jantung: HR 126x/menit

Anomali: saat ini tidak ada ditemukan kelainan kongenital mayor

Lain-lain: Jenis kelamin laki-laki

Kesimpulan: Janin tunggal hidup presentase kepala, sesuai umur kehamilan 33-34 mgg, amnion kesan cukup dengan plasenta implantasi di corpus posterior

Diagnosis

Pasien didiagnosis dengan G2P1A0 H ⁴39-40 minggu + Janin Tunggal Hidup Intrauterin + Presentasi Kepala + Anemia (Hb 9,6) + GBS + Severily Underweight (BMI 17) + Inpartu kala I Fs.Aktif + Taksiran Berat Janin 3000 gr.

Tatalaksana

Pasien ditatalaksana dengan pemberian infus RL 20 tetes permenit, Pasien cek DL, PT,APTT, HBSAg, *observasi cortonan*, penurunan, his dan *bundle*, evaluasi 2 jam

Pro Spontan Belakang Kepala, Waspada HPP → pesan WB 2 kolf

Evaluasi di Kamar Bersalin

Tgl 01-07-2018 Pkl. 05.00 WITA

Subjektif : Ibu ingin mencedan, ketuban pecah spontan

Objektif : Status umum dalam batas normal, dengan status obstetric didapatkan His 5x ⁹dalam 10 menit dalam 60 detik, dengan DJJ 154 x/mnt. Dari pemeriksaan dalam ⁴didapatkan pembukaan lengkap dengan ketuban (-) jernih, bagian terbawah kepala dengan ubun ubun kecil depan berada di HIII

Diagnosis pasien dengan G2P1A0 H.39-40 minggu+ Janin Tunggal Hidup Intrauterine + PresKep+ GBS+ Anemia (Hb 9,6) +*Severily Underweight* (BMI 17)+ Inpartu kala II +TBJ 3.000 gr

Tatalaksana dengan ibu dipimpin mengejan

Tgl 01-07-2018 Pkl. 06.00 WITA

Subjektif : Ibu kelelahan

Objektif : Status umum dalam batas normal, dengan status obstetric didapatkan His 3x ⁹dalam 10 menit dalam 60 detik, dengan DJJ 154 x/mnt. Dari pemeriksaan dalam ⁴didapatkan pembukaan lengkap dengan ketuban (-) jernih, bagian terbawah kepala dengan ubun ubun kecil depan berada di HIII

Diagnosis pasien dengan G2P1A0 H.39-40 minggu+ Janin Tunggal Hidup Intrauterine + PresKep + GBS+ Anemia (Hb 9,6) +

Severily Underweight (BMI 17)+ Inpartu
kala II + Ibu kelelahan +TBJ 3.000 gr
Tatalaksana dengan pro vakum ekstraksi,
KIE keluarga → setuju

Tgl 01-07-2018 Pkl. 06.30 WITA

Subjektif : Ibu sudah tidak bisa mengejan
Objektif : Status umum dalam batas normal, dengan status obstetric didapatkan His 3x dalam 10 menit dalam 60 detik, dengan DJJ 100 x/mnt. Dari pemeriksaan dalam didapatkan pembukaan lengkap dengan ketuban (-) jernih, bagian terbawah kepala dengan Ubun ubun kecil depan berada di HIII
Diagnosis pasien dengan G2P1A0 H.39-40 minggu+ janin tunggal hidup intreuterine+PresKep+GBS+Anemia (Hb 9.6)+Gagal Vakum+ Severily Underweight (BMI 17) + Arrest of descent ec power + Ibu kelelahan + TBJ 3.000 gr
Tatalaksana dengan pro Cito SC+IUD, KIE keluarga → setuju

Evaluasi di Ruangn

	Tgl.02-07-2018 Pkl. 06.00 WITA	Tgl.03-07-2018 Pkl. 06.00 WITA	Tgl.04-07-2018 Pkl. 06.00 WITA
S	12uhan (-)	12uhan (-)	12uhan (-)
O	TD: 120/80, Nadi 80, Rr: 20, S: 36.1 c/p dbn Extremitas: Motorik (5 5/2 2), reflek fisiologis (+1 +1/+2 +2), refleks patologis (-/-), atrofi (+/+), STO : TFU : 2 jari bawah pusat Kontraksi uterus (+) baik V/V : fluxus (-/-)	TD : 120/80, Nadi 80, Rr : 20, S : 36.1 c/p dbn Extremitas: Motorik (5 5/2 2), reflek fisiologis (+1 +1/+2 +2) refleks patologis (-/-), atrofi (+/+) 5 STO : TFU : 2 jari bawah pusat Kontraksi uterus (+) baik V/V : fluxus (-/-)	TD : 120/80, Nadi 80, Rr: 20, S : 36.1 c/p dbn abdomen: luka operasi kering Extremitas: Motorik (5 5/2 2), reflek fisiologis (+1 +1/+2 +2) refleks patologis (-/-), atrofi (+/+) 5 STO : TFU : 2 jari bawah pusat Kontraksi uterus (+) baik V/V: fluxus (-/-)

Tgl 01-07-2018 Pkl. 08.05 WITA

Lahir bayi dengan SC dan dilakukan pemasangan IUD *intraesarean*, dengan Jenis kelamin Laki-laki berat badan 3000 gram panjang badan 47 cm dengan apgar score 6-7-8. Ballard score sesuai 38-40 dengan Lubchenco Score p50.
Pasien didiagnosis dengan P2A0 post SC+IUD ai *Arrest of descent ec power* + Gagal vakum + GBS, Neonatal Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan (SMK)

Terapi post SC:

- IVFD RL: D5: 2: 1 /24 jam
 - Drip Oxytocin 1x24 jam dalam 500cc s/d 24 jam
 - Inj. Ceftriaxone 2x1 g
 - Inj. Furamin 3x 25 mg iv
 - Inj. Asam tranexamat 3x500 mg iv
 - Inj. Ranitidin 2x50mg iv
- Hb post SC: 10.8 g/dl

A	P2A0 post SC+IUD (H1) ai arrest of descent ec power+Gagal vakum+GBS	P2A0 post SC+IUD (H2) ai arrest of descent ai power + Gagal vakum+ GBS	P2A0 post SC+IUD (H3)+ arrest of descent ec power + Gagal vakum+GBS
P	Inj. Ceftriaxone 2x1 g (H2) Po As. mefenamat 3x500 mg Po SF 2x1	Inj. Ceftriaxone 2x1 g (H3) Po asam mefenamat 3x500 mg Po SF 2x1	Po cefadroxil 2x500 mg Po asam mefenamat 3x500 mg Po Sf 2x1 Pro KRS

Evaluasi Bayi

Tgl 01-07-2018 Pkl. 06.00 WITA

Subjektif : Bayi gerak aktif (+)

Objektif : HR : 140 x/mnt, RR 30, Suhu : 36C,

Diagnosis : BCB SMK SC ai arrest of descent ec power+gagal vakum+GBS

Tatalaksana: Obs caput (+)

Inj. Vit K, Zalf mata

Termoregulasi, Imunisasi

PEMBAHASAN

GBS merupakan AFP *Acute Flaccid Paralysis* yang lesinya terletak pada radix/nervus perifer. *Acute Flaccid Paralysis* (AFP) merupakan kelemahan otot yang bersifat akut (AIDP) dan kronik (CIDP). GBS pada kehamilan jarang terjadi, namun dari beberapa kasus yang dilaporkan oleh Misai dkk dilaporkan seorang wanita umur 16 tahun yang mengidap GBS dalam kehamilan terjadi progresif penyakit paralisis pada saluran nafas bagian atas. GBS juga merupakan kondisi kehamilan dimana terjadi progresifitas ascending polyneuropathy (Zafar *et al*, 2013). Kasus

lain dilaporkan oleh Sadaqat dkk yang seorang wanita hamil umur 29 tahun yang mengidap GBS merasakan nyeri dan kelemahan ekstremitas bawah pada trimester 3 kehamilan (Mori *et al*, 2012). Progresifitas GBS dengan gejala kelemahan motorik berlangsung cepat, maksimal dalam 4 minggu, 50% mencapai puncak dalam 2 minggu, 80% dalam 3 minggu, dan 90% dalam 4 minggu dan relatif simetris.

Penegakan diagnosis GBS pada kasus Ny. M umur 27 tahun dari anamnesis ditemukan pasien tidak dapat menggerakkan kedua kakinya sejak hamil anak pertama September 2016 dan berlangsung sampai kehamilan anak kedua. Hal ini sesuai dengan gejala pada *Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy* dimana terdapat kelemahan anggota gerak yang terjadi > 3 bulan setelah fase akut dan sering pada trimester ketiga kehamilan dan post partum (Torricelli, 2017; Gunawan *et al*, 2004). Dari riwayat penyakit sebelumnya pasien tahun 2016 sudah mengalami kelumpuhan kedua kaki diikuti

kelumpuhan kedua tangan. Hal ini sesuai dengan dengan gejala klinis dari GBS yaitu memiliki gejala kelumpuhan pada kedua ekstremitas bawah bilateral berupa hypo/areflexia. Hal ini sesuai dengan kriteria diagnosis GBS dari ASBURY yaitu terdapat progresifitas kelemahan pada lengan dan kaki, *arreflexia/hypoeflexia*. Gejala yang mendukung diagnosis yaitu progresifitas penyakit berlangsung cepat sampai 4 minggu, relatif simetris, gangguan sensibilitas ringan, gangguan saraf kranial ± 50% terjadi parese N VII dan sering bilateral, pemulihan dimulai 2-4 minggu setelah progresifitas berhenti, disfungsi autonomik, tidak ada demam saat onset gejala neurologis, tipikal CSF (*albuminocytologic dissociation*), hasil EMG (terdapat proses *demyelinating* pada saraf perifer) (Ropper *et al*, 2009). Dari status umum pasien dalam keadaan compos mentis, E4V5M6, pada pemeriksaan neurologis pada ekstremitas motorik ditemukan ekstremitas atas 5||5, ekstremitas bawah 2||2, pada reflex fisiologis ekstremitas atas +1 ||+1 dan ekstremitas bawah +2||+2, keempat ekstremitas atrofi, dan tidak ditemukan reflex patologis pada keempat ekstremitas. Dari anamnesis pasien mengaku saat hamil anak pertama tahun 2016 pada umur kehamilan 6 bulan pasien mengeluh demam, batuk, pilek dan pasien didiagnosis

ISPA. Hal ini sesuai teori etiologi dari GBS yaitu infeksi yang menyerang fungsi sensorik sampai saraf otonom sehingga GBS disebut sebagai *polyneuropathy autoimmune*. Dua per tiga kasus GBS didahului oleh gejala infeksi bakteri seperti *Campylobacter jejuni*, *Mycoplasma pneumonia*, infeksi virus seperti *Cytomegalovirus*, *Epstein-Barr virus* dan *Zika* (Torricelli, 2017; Fokke *et al*, 2014).

Dari riwayat penyakit sebelumnya saat hamil anak pertama pasien dirawat di ICU dengan menggunakan alat bantu nafas yang besar kemungkinan disebabkan adanya paralysis otot pernafasan. Hal ini sesuai bahwa pasien GBS hampir 70 % terdapat gangguan sistem saraf otonom (aritmia jantung, dan peningkatan tekanan darah bahkan pada sebagian kasus sampai terjadinya krisis hipertensi). Lumbal pungsi untuk melihat disosiasi sito protein (tidak dilakukan) pada kasus ini padahal dari beberapa teori mengenai GBS menyatakan bahwa pemeriksaan penunjang cairan serebrospinal (CSS) dapat mendukung diagnosis bila ditemukan terdapat protein. Pada LP protein meningkat setelah gejala 1 minggu atau terjadi peningkatan pada LP serial yaitu Jumlah sel CSS < 10 MN/mm³ atau tidak ada peningkatan protein CSS setelah 1 minggu gejala dengan jumlah sel CSS: 11-50 MN/mm (Torricelli, 2017; Fokke *et al*, 2014).

Tatalaksana pasien GBS pada fase akut harus diopname di rumah sakit untuk observasi *ascending paralysis* karena dapat mencapai otot pernafasan hanya dalam waktu 24 jam. Fungsi pernafasan diobservasi untuk mencegah terjadinya gagal nafas, sehingga dapat ditangani dengan cepat. Pasien dengan progresifitas yang lambat dapat diobservasi untuk stabilisasi, sedangkan pasien dengan progresif *ascending* paralisis dapat diberikan Intravenous Immunoglobulin (IVIG), diberikan 2-5 hari dengan dosis IVIG 0.4 g/kg/hari untuk 5 hari, atau dosis tinggi (1 g/kg/hari untuk 2 hari). Alternatif yang lain plasmapheresis dan atau obat-obatan immunosuppressif.

Prognosis GBS pada kehamilan relatif baik, karena 90-95% terjadi kesembuhan tanpa gejala sisa dalam waktu 3 bulan. Kesembuhan dapat diketahui melalui pemeriksaan *Nerve Conduction Velocity-Elektromiografi* (NCV-EMG) yang hasilnya relatif normal. Sebaliknya pasien yang mendapat terapi plasmapheresis mulai saat onset, penyembuhannya dalam 4 minggu. Progresifitas penyakit lambat dan pendek, pada penderita berusia 30-60 tahun namun tidak terjadi kelumpuhan total, Angka kematian pada GBS sebesar 5% dan kebanyakan pasien membaik pada beberapa bulan. Jika tanpa pengobatan, sekitar 35 % dari pasien memiliki

kelemahan residual, atrofi, hiporefleksia dan kelemahan otot wajah. Prognosis buruk pada pasien dengan usia tua yang didahului penyakit sistem *Gastro Intestinal*, namun bila dilihat dari tidak teraturnya pasien untuk berobat pada kasus ini maka *prognosa dubia ad* malam (Cheng *et al*, 2016; Kuwabara and Yuki, 2013).

Sundaram dkk melaporkan bahwa GBS jarang memperberat kehamilan, namun jika tidak cepat teridentifikasi dan ditangani dapat meningkatkan tingginya morbiditas pada ibu dan janin. Perawatan intensif dan infus terapi immunoglobulin (IVIG) adalah pilar utama pada manajemen pada GBS dalam kehamilan. Ahli saraf dan kandungan harus lebih perhatian akan risiko kekambuhan GBS dalam periode pasca-melahirkan. Operasi dan anestesi juga dapat menjadi pemicu GBS untuk kambuh dengan peningkatan keseluruhan sitokin pro-inflamatorik pada periode pasca melahirkan. Telah dilaporkan kasus GBS berat pada kehamilan trimester ketiga diikuti oleh kekambuhan pada periode pasca melahirkan (Meenakshi-Sundaram *et al*, 2014).

Kelumpuhan dari kedua ekstremitas bawah akibat GBS pada kasus ini tidak mempengaruhi terhadap kehamilan karena CIDP, namun berpengaruh pada *mode of delivery* karena kelumpuhan pada kedua ekstremitas bawah. Kelumpuhan ini

membuat pasien tidak dapat mengejan dengan kuat pada persalinan bantuan vakum ekstraksi (gagal vakum) sehingga dilakukan tatalaksana seksio sesaria.

KESIMPULAN

GBS (Guillain-Barre Syndrome) tidak mempengaruhi kehamilan, namun kehamilan dapat diperberat dengan adanya GBS bila tidak cepat teridentifikasi dan ditangani dapat meningkatkan tingginya morbiditas pada ibu dan janin.

DAFTAR PUSTAKA

- ¹⁴ Cheng Q, Jiang GX, Fredrikson S, Link H, de Pedro-Cuesta J. 2016. Increased incidence of Guillain-Barré syndrome postpartum. *Epidemiology*. 9: 601–604.
- ¹¹ Fokke C, Berg BVD, Drenthen J, Walgaard C, Doom PAV *et al*, 2014. Diagnosis of Guillain-Barre syndrome and Validation of Brighton Criteria. *BRAIN a journal of Neurology*. 137: 33-43.
- Gunawan A, Goysal Y, Chalid SMT, 2004. *Kelainan Neurologik pada Kehamilan*. Ilmu Kedokteran Fetometernal. 608.
- ¹⁵ Hiraga A, Mori M, Ogawara K, Kojima S, Kanesaka T *et al*, 2005. Recovery Patterns and Longterm Prognosis for Axonal Guillain-Barré

Syndrome. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 76(5): 719–722.

- ¹⁰ Kuwabara S, Yuki N, 2013. Axonal Guillain-Barré syndrome: Concepts and Controversies. *Lancet Neurol*. 12(12):1180–1188.

Meenakshi-Sundaram S, Swaminathan K, Karthik SN, Bharathi S, 2014. Relapsing Guillain Barre Syndrome in Pegnancy and Postpartum. *Annals of Indian Academy of Neurology*. 17(3): 352–354.

- ¹⁰ Mori M, Kuwabara S, Yuki N. 2012. Fisher Syndrome: Clinical Features, Immunopathogenesis and Management. *Expert Rev Neurother*. 12:39–51.

Ropper AH, Samuels MA, Klein JP, and Prasad S, 2009. Adams and Victor's Principles of Neurology 9th edition. Mc Graw Hill Medical E-book, USA. 1261-1270

Toricelli RPJE, 2017. Acute Muscular Weakness in Children. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 75(4). 248-254.

Zafar MS, Naqash MM, Bhat TA, Malik GM, 2013. Guillain-barré Syndrome in Pregnancy: An Unusual Case. *J Family Med Prim Care*. 2(1): 90-91.

Guillain Barre Syndrome pada Kehamilan

ORIGINALITY REPORT

14%

SIMILARITY INDEX

11%

INTERNET SOURCES

2%

PUBLICATIONS

3%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Cita Hati Christian High School Student Paper	2%
2	de.scribd.com Internet Source	2%
3	qdoc.tips Internet Source	2%
4	core.ac.uk Internet Source	1%
5	repository.poltekeskupang.ac.id Internet Source	1%
6	pt.slideshare.net Internet Source	1%
7	koasbelajar.blogspot.com Internet Source	1%
8	eprints.kertacendekia.ac.id Internet Source	1%
9	yudiayutz.wordpress.com Internet Source	1%

10	eprints.gla.ac.uk Internet Source	1 %
11	Submitted to Gonzaga University Student Paper	1 %
12	cyntiapuspa.blogspot.com Internet Source	1 %
13	e-journal.unair.ac.id Internet Source	1 %
14	www.omicsonline.org Internet Source	1 %
15	juniperpublishers.com Internet Source	1 %

Exclude quotes On

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography On