

PENATALAKSANAAN SYOK ANAFILAKSIS

Syamsul H.Salam

Bagian Ilmu Anestesia, Terapi Intensif dan Manajemen Nyeri
Fakultas Kedokteran Unhas/RS dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar

Pendahuluan

Reaksi anafilaktik atau anafilaksis adalah respon imunologi yang berlebihan terhadap suatu bahan dimana seorang individu pernah tersensitasi oleh bahan tersebut. Saat pasien kontak dengan bahan tersebut, histamin, serotonin, tryptase dan bahan vasoaktif lainnya dilepaskan dari basofil dan sel mast. Reaksi anafilaktoid secara klinik tak dapat dibedakan dengan anafilaksis, tetapi reaksi ini dimediasi langsung oleh obat atau bahan tertentu, dan tidak melalui sensitasi antibodi IgE.

Pelepasan sejumlah kecil histamin secara langsung sering dijumpai pada pemberian obat seperti morfin dan relaksan otot non depolarisasi (tubokurare, alkuronium, atrakurium). Manifestasi klinik biasanya ringan, terdiri dari urtikaria (kemerahan dan pembengkakan kulit), biasanya sepanjang vena, kemerahan pada tubuh dan kadang-kadang hipotensi ringan.

Berbagai macam obat secara potensial dapat menyebabkan reaksi alergi tidak terkecuali bahan yang digunakan dalam praktek anestesi, yang terlibat dalam menyebabkan reaksi anafilaktik antara lain tiopenton, suksametonium, obat pelumpuh otot non depolarisasi, anestetik lokal golongan ester, antibiotik, plasma ekspander (dextran, kanji dan glatin) serta lateks.

Gambaran Klinik Anafilaksis

Gambaran yang paling sering adalah berasal dari kardiovaskuler. Tidak semua gejala terjadi pada setiap pasien – satu gejala mungkin lebih mencolok dibandingkan gejala yang lain. Reaksi berkisar dari yang ringan sampai yang mengancam hidup. Pasien yang sadar akan mengeluhkan serangkaian gejala, tetapi diagnosis lebih sulit pada pasien yang telah dianestesi.

Anafilaksis dicurigai terjadi pada pasien yang telah dianestesi jika timbul hipotensi atau bronkhospasme secara tiba-tiba, terutama jika hal tersebut terjadi setelah pemberian suatu obat atau cairan. Alergi lateks mungkin mempunyai onset yang lambat, kadang-kadang memerlukan waktu sampai 60 menit untuk bermanifestasi.

- **Kardiovaskuler.** Hipotensi dan kolaps kardiovaskuler. Takikardi, aritmia, EKG mungkin memperlihatkan perubahan iskemik. Henti jantung.
- **Sistem Pernapasan.** Edema glottis, lidah dan saluran napas dapat menyebabkan stridor atau obstruksi saluran napas. Bronkospasme – pada yang berat.
- **Gastrointestinal.** Terdapat nyeri abdomen, diare atau muntah.
- **Hematologi.** Koagulopati.
- **Kulit.** Kemerahan, eritema, urtikaria.

Penatalaksanaan

Terapi segera terhadap reaksi yang berat

- Hentikan pemberian bahan penyebab dan minta pertolongan
- Lakukan resusitasi ABC
- Adrenalin sangat bermanfaat dalam mengobati anafilaksis, juga efektif pada bronkospasme dan kolaps kardiovaskuler.

A – Saluran Napas dan Adrenalin

- Menjaga saluran napas dan pemberian oksigen 100%
- Adrenalin. Jika akses IV tersedia, diberikan adrenalin 1 : 10.0000, 0.5 – 1 ml, dapat diulang jika perlu. Alternatif lain dapat diberikan 0,5 – 1 mg (0,5 – 1 ml dalam larutan 1 : 1000) secara IM diulang setiap 10 menit jika dibutuhkan.

B - Pernapasan

- Jamin pernapasan yang adekuat. Intubasi dan ventilasi mungkin diperlukan
- Adrenalin akan mengatasi bronkospasme dan edema saluran napas atas.
- Bronkodilator semprot (misalnya salbutamol 5 mg) atau aminofilin IV mungkin dibutuhkan jika bronkospasme refrakter (dosis muat 5 mg/kg diikuti dengan 0,5 mg/kg/jam).

C - Sirkulasi

- Akses sirkulasi. Mulai CPR jika terjadi henti jantung.
- Adrenalin merupakan terapi yang paling efektif untuk hipotensi berat.

- Pasang 1 atau dua kanula IV berukuran besar dan secepatnya memberikan infus saline normal. Koloid dapat digunakan (kecuali jika diperkirakan sebagai sumber reaksi anafilaksis).
- Aliran balik vena dapat dibantu dengan mengangkat kaki pasien atau memiringkan posisi pasien sehingga kepala lebih rendah.
- Jika hemodinamik pasien tetap tidak stabil setelah pemberian cairan dan adrenalin, beri dosis adrenalin atau infus intravena lanjutan (5 mg dalam 50 ml saline atau dekstrose 5% melalui syringe pump, atau 5 mg dalam 500 ml saline atau dekstrose 5% yang diberikan dengan infus lambat). Bolus adrenalin intravena yang tidak terkontrol dapat membahayakan, yaitu kenaikan tekanan yang tiba-tiba dan aritmia. Berikan obat tersebut secara berhati-hati, amati respon dan ulangi jika diperlukan. Coba lakukan monitor EKG, tekanan darah dan pulse oximetry.

Dosis intramuskuler adrenalin pada anak	
> 5 tahun	0,5 ml dengan pengenceran 1 : 1000
4 tahun	0,4 ml dengan pengenceran 1 : 1000
3 tahun	0,3 ml dengan pengenceran 1 : 1000
2 tahun	0,2 ml dengan pengenceran 1 : 1000
1 tahun	0,1 ml dengan pengenceran 1 : 1000

Penatalaksanaan Lanjut

- Berikan antihistamin. H₁ bloker misalnya klorfeniramin (10 mg IV) dan H₂ bloker ranitidin (50 mg IV lambat) atau simetidin (200 mg IV lambat).
- Kortikosteroid. Berikan hidrokortison 200 mg IV diikuti dengan 100 – 200 mg 4 sampai 6 jam. Steroid memakan waktu beberapa jam untuk mulai bekerja.
- Buat keputusan apakah membatalkan atau melanjutkan usulan pembedahan.
- Pindahkan pasien di tempat yang perawatannya yang lebih baik (misalnya unit perawatan intensif, ICU) untuk observasi dan terapi lebih lanjut. Reaksi anafilaktik mungkin memakan waktu beberapa jam untuk dapat diatasi dan pasien harus diobservasi secara ketat pada masa-masa tersebut.

Reaksi yang tidak terlalu berat

Anafilaksis kadang-kadang menimbulkan reaksi yang tidak terlalu berat. Terapi serupa dengan regimen di atas, tetapi adrenalin IV mungkin tidak dibutuhkan. Lakukan tindakan ABC seperti yang telah dijelaskan, dan nilai respon terhadap terapi tersebut. Obat seperti efedrin dan metoksamin mungkin efektif untuk mengatasi hipotensi bersama dengan cairan IV. Tetapi, jika keadaan pasien menunjukkan perburukan gunakan selalu adrenalin.

Diagnosis dan Pemeriksaan

Diagnosis dibuat berdasarkan gambaran klinik – jika tidak mungkin untuk menentukan secara pasti bahan yang mencetuskan serangan. Catat kejadian dalam buku catatan dan berikan informasi yang tepat pada pasien dan dokter keluarganya. Jika pasien membutuhkan anestesia atau pembedahan lebih lanjut, hindari menggunakan bahan yang dicurigai sebagai pencetus.

Beberapa laboratorium khusus dapat memperkirakan Tryptase (produk akibat kerusakan histamin) yang dapat membantu mengkonfirmasi diagnosis. Ambil darah ke dalam pipa kaca 60 menit setelah reaksi. Tes ini tidak tersedia di semua tempat.