

 RSUD Dr ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI		PANDUAN PRAKTEK KLINIK <b>PREEKLAMPSIA BERAT</b>		
<b>PANDUAN            PRAKTEK            KLINIK</b>		No. Dokumen 445/2024/SPO-RSAM/2024	No. Revisi 01	Halaman 1
<b>PENGERTIAN</b>		Preeklamsi adalah timbulnya hipertensi dapat disertai proteinuria akibat kehamilan, setelah umur kehamilan 20 minggu sampai berlangsung 3 bulan pasca persalinan.		
<b>ANAMNESIS</b>		1. Umur kehamilan >20 minggu/3 bulan pasca salin 2. Hipertensi 3. Tidak ada: kejang, penurunan kesadaran, penglihatan kabur, nyeri kepala hebat, nyeri ulu hati		
<b>PEMERIKSAAN FISIK</b>				
<b>KRITERIA DIAGNOSIS</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipertensi kronik adalah hipertensi pada ibu hamil yang sudah ditemukan sebelum kehamilan atau yang ditemukan pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu, dan yang menetap setelah 12 minggu pasca persalinan.</li> <li>Preeklamsi/eklamsi atas dasar hipertensi kronis adalah timbulnya preeklamsi atau eklamsi pada pasien hipertensikronik.</li> <li>Hipertensi gestasional adalah timbulnya hipertensi dalam kehamilan pada wanita yang tekanan darah sebelumnya normal dan tidak mempunyai gejala-gejala hipertensi kronik atau preeklamsi/ eklamsi (tidak disertai proteinuri).</li> </ul> <p>Gejala ini akan hilang dalam waktu &lt;12 minggu pascasalin.</p>		
<b>DIAGNOSA BANDING</b>		1. Epilepsi 2. Ensefalitis 3. Meningitis 4. Kejang karena kelainan SSP		
<b>PEMERIKSAAN PENUNJANG</b>		1. Preeklamsi: urin lengkap 2. Preeklamsi Berat <ul style="list-style-type: none"> <li>Pemeriksaan laboratorium:(bila tersedia sarana &amp; prasarana)</li> <li>Pemeriksaan Hb, Ht, Leukosit, Trombosit, urin lengkap</li> <li>Pemeriksaan elektrolit Na, K, Ca, dan Cl; kadar glukosa, Urea N, Kreatinin, SGOT, SGPT, Analisa gas darah, asam urat darah.</li> </ul>		



Nip. 197402272002121004



PANDUAN PRAKTEK KLINIK  
PREEKLAMPSIA BERAT

No. Dokumen  
445/ /SPO-RSAM/2024

No. Revisi  
01

Halaman  
1

- Pemeriksaan KTG
  - Pemeriksaan foto rontgen thorax
1. Pemeriksaan Hb, Ht, tekost, Trombosit, urin lengkap, fungsi hati, fungsi ginjal.
  2. Pemeriksaan foto rontgen thoraks
  3. Pemeriksaan CT scan bila ada dugaan perdarahan otak.
  4. Punk silumbal, bila ada indikasi.
  5. Pemeriksaan elektrolit Na, K, Ca, dan Cl; kadar glukosa, Urea N, Kreatinin, SGOT, SGPT, analisa gas darah, asam urat untuk mencari penyebab kejang yang lain, atas Indikasi
  6. Pemeriksaan USG, KTG

**TERAPI**

**1. Preeklamsi**  
Lihat Alogaritma

**2. Preeklamsi Berat**  
Rawat bersama dengan Departemen yang Terkait (Penyakit Dalam, Penyakit Saraf, Mata, Anestesi,dl).

**A.MEDIKA MENTOSA**

Infus larutan ringerlaktat Pemberian obat:

a.MgSO<sub>4</sub>

Cara pemberian MgSO:

Pemberian melalui intravena secara kontinyu (infuse dengan infusion pump):

-Dosis awal:

4 gram MgSO<sub>4</sub> (10 cc MgSO, 40 % atau 20 cc MgSO,20%) dilarutkan kedalam 100cc NaC/RL, diberikan selama 15-20 menit. ( Siapkan cairan NaCL/RL 100 cc selanjutnya dikurangi 10 cc bila menggunakan MgSO 40% atau 20 cc bila menggunakan MgSO, 20%, kedalam larutan sisa tersebut ditambahkan 10 cc MgSO, 40%, atau 20 cc bila menggunakan MESO 20% ). Tetesan + 50 gtt/ menit, akan habis dalam 15-20 menit

-Dosis pemeliharaan:

8 gram ( 20cc MgSO, 40%) dalam 500 cc cairan RL, ( Bila menggunakan MgSO, 40%, cairan 500 NaCl dikurangi 20cc, selanjutnya ditambahkan 25cc MgSO<sub>4</sub> 40%. Bila menggunakan MgSO, 20%,cairan 500 NaCl dikurangi 50cc, selanjutnya ditambahkan 50 cc MgSo, 20%) diberikan dengan kecepatan 1-2 gram/jam (20-30 tetes permenit)

Syarat pemberian MgsO<sub>4</sub>



RSUD Dr ACHMAD  
MOCHTAR BUKITTINGGI

## PANDUAN PRAKTEK KLINIK PREEKLAMPSIA BERAT

No. Dokumen  
445/ /SPO-RSAM/2024

No. Revisi  
01

Halaman  
1

1. Harus tersedia KALSIMUM GLUKONAS 10% (1 gram dalam 10 cc) sebagai anti dotum MgSO<sub>4</sub>, yaitu diberikan i. v dalam waktu 3-5 menit.
2. Refleks patella (+) kuat
3. Frekuensi pernafasan > 16 kali permenit
4. Produksi urin > 30 cc dalam 1 jam sebelumnya (0,5cc/ kgbb / jam)

Sulfas magnesikus dihentikan bila:

Ada tanda-tanda intoksikasi Setelah 24 jam pascasalin

Dalam 6 jam pasca salin sudah terjadi perbaikan tekanan darah( normotensif)

b.Antihipertensi

Diberikan terutama bila tekanan darah mencapai: Sistolik >160mmHg  
Diastolik>110mmHg Dapat diberikan: (Gawat Darurat)

Metildopa, agonis reseptor alfa yang bekerja di system saraf pusat, adalah obat anti hipertensi yang paling sering digunakan untuk wanita hamil dengan hipertensi kronis. Digunakan sejak tahun 1960, metildopa mempunyai *safety margin* yang luas (paling aman).

Metildopa biasanya dimulai pada dosis 250-500 mg peroral 2 atau 3 kali sehari, dengan dosis maksimum 3 gper hari. Efek obat maksimal dicapai 4-6 jam setelahobat masuk dan menetap selama 10-12 jam sebelum diekskresikan lewat ginjal.

Nifedipin: 10 mg per oral dan dapat diulangi setiap 30 menit ( maksimal 120mg /24jam) sampai terjadi penurunan MABP 20% Selanjutnya diberikan dosis rumatan 3x10mg ( pemberian nifedipine tidak diperkenankan diberikan sublingual ) Nikar dipine diberikan bila tekanan darah 2180/ 110 mmHg. Hipertensi emergensi dengan dosis 1 ampul 10 mg dalam larutan 50 cc per jam atau 2 ampul 10 mg dalam larutan 100 cc tetes per menit mikro drip. Pelarut yang tidak dapat digunakan adalah ringerlaktat dan bikarbonatnatrikus.

### **B. PENGELOLAAN KONSERVATIF**

a.Indikasi:

Kehamilan preterm (< 34minggu ) tanpa disertai tanda-tandai preeklamsi dengan keadaan janin baik.

Pengobatan medisinal:

Sama dengan perawatan medicinal pengelolaan secara aktif. Pemberian MgSO<sub>4</sub> dihentikan bila sudah mencapai tanda-tanda preeklamsi, selambat lambatnya dalam waktu 24 jam.

c.Pengelolaan Obstetrik:

Selama perawatan konservatif, tindakan observasi dan evaluasi sama seperti



RSUD Dr ACHMAD  
MOCHTAR BUKITTINGGI

## PANDUAN PRAKTEK KLINIK PREEKLAMPSIA BERAT

No. Dokumen  
445/ /SPO-RSAM/2024

No. Revisi  
01

Halaman  
1

perawatan aktif, termasuk pemeriksaan tes tanpa kontraksi dan USG untuk memantau kesejahteraan janin

Bila setelah 2 kali 24 jam tidak ada perbaikan maka keadaan ini dianggap sebagai kegagalan perawat konservatif pengobatan medicinal dan sangat dianjurkan untuk dilakukan diterminasi. Cara terminasi sesuai dengan pengelolaan aktif

Penyulit:

Sindroma HELLP, gagal ginjal, gagal jantung, edema paru, kelainan pembekuan darah.

Konsultasi:

Disiplin ilmu Terkait (Departemen Ilmu Penyakit Dalam, ICU, Departemen Saraf, Departemen Mata)

Perawatan Rumah Sakit Lampiran protokol

Lzin Tindakan

Seksiosesarea, ekstraksi forsep, embryotomi

Lama Perawatan Lampiran protokol

### **C.PENGELOLAAN AKTIF**

(memberi tahu bagian perinatologi sebelum pengakhiran kehamilan)

Indikasi

Bila didapatkan satu/ lebih keadaan dibawah ini: Ibu:

1. Adanya gejala impending eklamsi
2. Kehamilan >34 minggu ( dengan kortikosteroid selama 2 hari telah diberikan
3. Gagal perawatan konservatif Kondisi ibu tidak stabil

Janin:

Adanya tanda-tanda gawat janin

Adanya tanda pertumbuhan janin terhambat

Laboratorik:

Adanya sindrom HELLP

### **PENGELOLAAN OBSTETERI (Cara terminasi kehamilan)Gravida :**

1. Dilakukan induksi persalinan:

Bila skor bishop <6. Bila perlu dilakukan pematangan serviks dengan misoprostol. Induksi persalinan harus sudah mencapai kala II dalam waktu 24 jam. Bila tidak



RSUD Dr ACHMAD  
MOCHTAR BUKITTINGGI

## PANDUAN PRAKTEK KLINIK PREEKLAMPSIA BERAT

No. Dokumen  
445/ /SPO-RSAM/2024

No. Revisi  
01

Halaman  
1

tercapai, induksi persalinan dianggap gagal, dan harus disusul dengan seksiosesarea.

2. Indikasi seksiosesarea:

- a. Syarat persalinan pervaginam tidak terpenuhi
- b. Terdapat kontraindikasi persalinan pervaginam
- c. Induksi persalinan gagal
- d. Terjadi gawat janin
- e. Kelainan letak
- f. Bila umur kehamilan < 34 minggu Inpartu:

1. Perjalanan persalinan diikuti dengan grafik Friedman (tidak perlu bila dilakukan induksi atau augmentasi)
2. Memperpendek alall
3. Seksio sesarea dilakukan apabila terdapat kegawatan ibu dan gawat janin.
4. Bilaskorbishop < 6 direkomendasikan tindakan seksiosesarea
5. Anestesia: disesuaikan dengan kemampuan sarana kesehatan.

Catatan:

Pemeriksaan dalam, amniotomi dan tetesoksitosin dilakukan sekurang kurangnya 15 menit setelah pemberian MgSo.

Kala II:

Diselesaikan dengan partus buatan (Ektraksivakum atau Ektraksi Forsep) kecuali bila terdapat kontraindikasi.

Unit Terkait:

1. Departemen Ilmu Penyakit Dalam
2. ICU
3. Departemen Mata
4. Departemen Saraf

**LAMA  
PERAWATAN**

Minimal 5 hari sesuai dengan kondisi pasien

**KRITERIA  
PEMULANGAN  
PASIEN**

Kesadaran kompos mentis  
Hasil laboratorium perbaikan

**EDUKASI**

Efek HELLP terhadap ibu dan janin

**PROGNOSIS**

Dubia



RSUD Dr ACHMAD  
MOCHTAR BUKITTINGGI

PANDUAN PRAKTEK KLINIK  
PREEKLAMPSIA BERAT

No. Dokumen  
445/ /SPO-RSAM/2024

No. Revisi  
01

Halaman  
1

**TINGKAT EVIDENS** I/II/III/IV

**TINGKAT  
REKOMENDASI**

**PENALAAH KRITIS** Dokter spesialis kebidanan dan peny.kandungan  
Konsultan Feto maternal

**KEPUSTAKAAN**

1. Sarwono P. Buku Acuan Nasional. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal.2009
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist (RCOG). Pregnancy Hypertension
3. Standar Pelayanan Medik Obstetri dan Ginekologi. Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia.2002
4. Cunningham FG et al. 2018. Pregnancy Hypertension in Williams Obstetrics 25<sup>rd</sup> Edition. The McGraw Hill Companies.Wibowo, dkk.
- 5.Pedoman nasional pelayanan kedokteran, diagnosis dan tata laksana pre-eklamsia. 2016