

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Preeklampsia Pasca Persalinan**

##### **2.2.1 Definisi Preeklampsia**

Preeklampsia menurut *American College of Obstetricians and Gynecologist* yaitu gangguan berbagai sistem tubuh yang spesifik pada kehamilan ditandai dengan adanya hipertensi tekanan darah sistolik lebih dari 160 mmHg dan diastolik lebih dari 110 mmHg. Disertai proteinuria lebih 30 mg/liter urin atau lebih dari 300 mg/24 jam yang didapatkan setelah umur kehamilan 20 minggu. Derajat preeklampsia dianggap berat apabila terdapat satu atau lebih tanda-tanda berikut : tekanan darah sistolik 160 mmHg atau lebih dan diastolik 110 mmHg atau lebih dalam 2 kali pemeriksaan setidaknya dengan jeda waktu 6 jam dalam posisi pasien terlentang/bed rest, proteinuria 5g atau lebih pada spesimen urin 24 jam atau 3+ atau lebih pada 2 kali pengambilan acak spesimen urin setidaknya dengan jeda waktu 4 jam atau oliguria kurang dari 500 ml dalam 24 jam (Siantar & Rostianingsih, 2022).

Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Preeklampsia adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria akibat kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Preeklampsia adalah sekumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin dan nifas yang terdiri dari

hipertensi dan proteinuria tetapi tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya, sedangkan gejalanya biasanya muncul setelah kehamilan berumur 28 minggu atau lebih (Meliana Ernauli 2024).

Menurut Hauspurg dan Jeyabalan (2021), preeklampsia post partum kemungkinan memiliki risiko morbiditas ibu yang lebih besar dibandingkan dengan pre eklampsia antepartum. Sangat penting untuk mengenali dan memberikan perawatan pada preeklampsia postpartum dan eklampsia post partum karena risiko komplikasi yang dialami akan lebih besar dibandingkan kondisi preeklampsia dan eklampsia selama hamil. Preeklampsia dan eklampsia post partum berkembang sangat cepat dan apabila tidak segera mendapatkan penanganan maka dapat menyebabkan stroke dan kematian.

### **2.2.2 Etiologi Preeklampsia**

Kejadian preeklampsia dialami oleh 4,6% kehamilan secara global. Penyebab pasti kejadian preeklampsia tidak diketahui atau belum dapat dijelaskan. Sebuah teori yang sampai saat ini masih dapat dipertimbangkan adalah invasi abnormal trophoblast, gangguan perfusi plasenta dan disfungsi sel endotel, respons imunologi terhadap jaringan asing (plasenta dan fetus), stimulasi terhadap sistem inflamasi oleh perubahan system kardiovaskuler selama kehamilan, defisiensi berbagai sumber nutrisi, dan abnormalitas genetik (Samutri et al., 2022). Berbagai kelompok yang berisiko atau rentan untuk mengalami preeklampsia di antaranya wanita nulipara, usia maternal

(kurang dari 19 tahun atau lebih dari 40 tahun), riwayat preeklampsia berat sebelumnya, obesitas (BMI >35), kehamilan lahir mati sebelumnya, kehamilan kembar (Yang, Le Ray, Zhu, et al., 2021).

Vasodilatasi sistemik generalista terjadi selama kehamilan walaupun terdapat 40-50% peningkatan output jantung, Mean Arterial Pressure (MAP) menurun sebesar 10 mmHg untuk mencapai nilai terendahnya pada tengah kehamilan. Selama trimester akhir, tekanan darah meningkat secara perlahan mencapai nilai sebelum hamil. Tekanan darah biasanya menurun setelah persalinan, akan meningkat mencapai puncak 3-6 hari pascasalin pada wanita dengan tekanan darah normal dan hipertensi selama kehamilan. Hipertensi transien dapat terjadi pascasalin setelah kehamilan tanpa komplikasi. Kondisi ini dapat terjadi sekunder terhadap nyeri, obat-obatan, pemberian cairan berlebihan, garam dan air yang terakumulasi selama kehamilan, pindah ke kompartemen intravaskuler atau menjaga tonus vaskuler pada kondisi tidak hamil. Tekanan darah yang meningkat biasanya akan menjadi normal beberapa hari pascasalin (29-57% dalam 3 hari; 50-85% dalam 7 hari) pada mayoritas wanita, dengan kecepatan resolusi dan prevalensi hipertensi persisten tergantung pada diagnosisnya. Proporsi wanita yang tetap mengalami hipertensi dalam 6-12 minggu pascasalin tergantung pada populasi. Wanita dengan hipertensi kronik sebelumnya, pemberian antihipertensi selama kehamilan dalam durasi lama, tekanan darah sistolik dan diastolik maksimum yang lebih tinggi, Indeks Massa Tubuh (IMT) yang lebih tinggi, dan preeklampsia preterm lebih mungkin

untuk mengalami hipertensi berkelanjutan. Kelompok yang berisiko mengalami hipertensi persisten yaitu wanita dengan obesitas morbid, didiagnosis preeklamsia dengan gejala berat berdasarkan kriteria tekanan darah, dan wanita yang dipulangkan dengan obat antihipertensi.

Preeklamsia Mempunyai gambaran klinik bervariasi dan komplikasinya sangat berbahaya pada saat kehamilan, persalinan dan masa nifas. Gambaran klinis yang utama adalah hipertensi dan proteinuria karena organ target yang utama terpengaruhi adalah ginjal (glomerular endoteliosis). Patogenesis sangat kompleks, dipengaruhi oleh genetik, imunologi, dan interaksi faktor lingkungan.

Komplikasi yang sering terjadi meliputi eklamsi, sindrom hellp, stroke, solusio plasenta, gagal ginjal, dan payah jantung titik efek 12 utama pada organ vital adalah terjadinya vasospasme Arteriola sehingga menyebabkan kan kegagalan organ secara sistemik terdapat beberapa teori yang diduga sebagai penyebab preeklamsi, meliputi : Abnormalitas invansi trofoblas, Maladaptasi imunologi antara Maternal- plasenta- Fetal, Maladaptasi kardiovaskular atau perubahan proses inflamasi dari kehamilan normal, faktor genetik termasuk faktor diturunkan secara mekanisme epigenetik, faktor nutrisi, kurangnya antioksidan.

### **2.2.3 Gejala dan Tanda Preeklamsia**

#### **1. Hipertensi**

Hipertensi merupakan kriteria paling penting dalam diagnosa penyakit preeklamsia. Hipertensi ini sering terjadi sangat tiba-tiba.

Banyak primigravida dengan usia muda memiliki tekanan darah sekitar 100-110/60-70 mmHg selama trimester kedua. Peningkatan diastolik sebesar 15 mmHg atau peningkatan sistolik sebesar 30 mmHg harus dipertimbangkan.

## 2. Hasil pemeriksaan laboratorium

Proteinuria merupakan gejala terakhir timbul. Proteinuria berarti konsentrasi protein dalam urin yang melebihi 0,3 gr/liter dalam urin 24 jam atau pemeriksaan kualitatif menunjukkan (+1 sampai 2+ dengan metode dipstik) atau  $> 1$  gr/liter melalui proses urinalisis dengan menggunakan kateter atau midstream yang diambil urin sewaktu minimal dua kali dengan jarak waktu 6 jam.

Hemoglobin dan hematokrit meningkat akibat hemokonsentrasi. Trombositopenia biasanya terjadi. Terjadi peningkatan FDP, fibronektin dan penurunan antitrombin III. Asam urat biasanya meningkat diatas 6 mg/dl. Kreatinin serum biasanya normal tetapi bisa meningkat pada preeklampsia berat. Alkalin fosfatase meningkat hingga 2-3 kali lipat. Laktat dehidrogenase bisa sedikit meningkat dikarenakan hemolisis. Glukosa darah dan elektrolit pada pasien preeklampsia biasanya dalam batas normal. Urinalisis ditemukan proteinuria dan beberapa kasus ditemukan hyaline cast.

Tanda gejala lain selain hipertensi (140/90 mmHg) dan protein lebih dari positif 1. Tanda gejala yang menunjukkan kondisi pemberatan preeklampsia atau preeklampsia berat meliputi salah satu tanda gejala :

tekanan darah 160/110 mmHg, gangguan pada ginjal (serum kreatinin >1,1 mg/dL atau peningkatan kadar kreatinin serum pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya), trombositopenia (trombosit <100.000/mikroliter), gangguan liver ditandai peningkatan konsentrasi transaminase 2 kali normal dan atau nyeri di daerah epigastrium, edema paru, gejala neurologis seperti stroke, nyeri kepala, gangguan visus dan gangguan pertumbuhan janin menjadi tanda gangguan sirkulasi uteroplasenta seperti terjadi oligohidramnion, Fetal Growth Restriction dan absent or reversed end diastolic velocity (Ernawati et al., 2023).

#### **2.2.4 Patofisiologi Preeklampsia**

Patofisiologi preeklampsia masih belum diketahui secara pasti. Terdapat beberapa teori mengenai mekanisme yang menjadi penyebab terjadinya preeklampsia. Dari beberapa teori tersebut, yang dianggap substansial menurut Harahap & Ningsih, (2022) adalah sebagai berikut :

1. Implantasi plasenta dengan invasi tropoblas abnormal pada pembuluh darah uterus;
2. Toleransi maladaptive imunologi antara jaringan maternal, plasenta dan fetal.

Meskipun penyebab preeklampsia masih tetap tidak diketahui, bukti manifestasinya dimulai di awal kehamilan dengan perubahan patofisiologi tersembunyi yang memperoleh momentum di seluruh kehamilan dan akhirnya menjadi manifestasi klinis. Perubahan ini pada akhirnya mengakibatkan keterlibatan multi-organ dengan spektrum klinis menjadi

suatu kerusakan patofisiologi hebat yang dapat mengancam hidup ibu dan janin. Seperti yang telah dibahas, hal ini dianggap sebagai akibat dari vasospasme, disfungsi endotel, dan iskemia. Meskipun berbagai konsekuensi maternal dari sindrom preeklampsia biasanya digambarkan dalam sistem organ individu, hal tersebut sering bersamaan dan secara klinis tumpang tindih. Patofisiologi preeklampsia dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

1. Keseimbangan faktor angiogenik Faktor yang berperan adalah vascular endothelial growth factor (VEGF) dan placental growth factor (PIGF). VEGF merupakan faktor yang berperan dalam angiogenesis dan menstabilkan endotel pembuluh darah yang matur. PIGF juga merupakan faktor pertumbuhan angiogenik yang memperkuat sinyal VEGF (Noor et al., 2021).
2. Relaksin Relaksin diproduksi oleh korpus luteum ovarium dan kadarnya meningkat pada awal kehamilan. Produksi relaksin dipicu oleh human chorionic gonadotropin (HCG). Relaksin memiliki efek vasodilator renal (Noor et al., 2021).
3. Sitoksin Sitokin inflamasi berhubungan dengan iskemia plasenta dan disfungsi kardiovaskular dan ginjal. Perfusi darah ke uterus yang berkurang dapat menginisiasi timbulnya preeklampsia (Noor et al., 2021).
4. Renin Angiotensin System (RAS) RAS merupakan salah satu pengontrol tekanan darah. Reseptor angiotensin II terletak di villi dan ekstra villi trofoblast. Kadar angiotensin II sistemik meningkat seiring

bertambahnya usia kehamilan pada kehamilan normal. Kadar angiotensin II sedikit berkurang pada kehamilan dengan preeklamsia (Noor et al., 2021).

Pada early onset preeklampsia kerusakan endotel oleh karena abnormalitas plasenta, sedangkan late onset preeklampsia oleh karena adanya sindrom maternal dan bukan oleh karena abnormalitas plasenta. Dalam implantasi normal, arteriola spiral uterus menjadi remodeling ekstensif karena mereka diinvasi oleh trofoblas endovaskular. Sel-sel ini menggantikan lapisan endotel pembuluh darah dan otot untuk memperbesar diameter pembuluh darah. Vena ini hanya diinvasi dangkal. Pada preeklamsia, bagaimanapun juga, mungkin terjadi invasi trofoblas tidak lengkap. Dengan invasi dangkal tersebut, pembuluh darah desidua, namun bukan pembuluh darah miometrium, menjadi dilapisi dengan trofoblas endovaskular. Semakin dalam arteriol miometrium tidak kehilangan lapisan endotel dan jaringan muskuloelastik, dan diameter luar rata-rata nya hanya setengah dari pembuluh darah pada placenta. Madazli dan rekan menunjukkan bahwa besarnya invasi trofoblas rusak dari arteri spiralis berkorelasi dengan keparahan gangguan hipertensi.

### **2.2.5 Faktor Preeklampsia**

1. Terdapat faktor risiko yang mengarah pada terjadinya preeklampsia:

a. Usia Ibu

Usia reproduksi optimal bagi seorang ibu hamil antara usia 20-35 tahun, di bawah atau di atas usia tersebut akan meningkatkan risiko

kehamilan dan persalinannya. Pada wanita usia muda organ-organ 102 reproduksi belum sempurna secara keseluruhan dan kejiwaannya belum siap menjadi ibu, sehingga kehamilan sering diakhiri dengan komplikasi obstetrik yang salah satunya preeklampsia.

Menurut teori yang ada preeklampsia lebih sering didapatkan pada masa awal dan akhir usia reproduktif yaitu usia remaja atau di atas 35 tahun. Ibu hamil 35 tahun berisiko 8,3 kali untuk menderita preeklampsia dibandingkan dengan ibu hamil yang berusia 20-35 tahun.

b. Paritas

Paritas adalah jumlah persalinan ibu. Paritas merupakan faktor penting yang menunjang keberhasilan kehamilan dan persalinan. Pada primigravida pada pembentukan antibodi meningkatkan (blocking antibodies) atau penghambat pembentukan antibodi, belum sempurna sehingga meningkatkan risiko pada preeklampsia, perkembangan preeklampsia semakin meningkat pada kehamilan pertama.

c. Riwayat preeklampsia pada keluarga

Preeklampsia merupakan penyakit yang diturunkan, penyakit ini lebih sering ditemukan pada anak wanita dari ibu penderita preeklampsia atau mempunyai riwayat preeklampsia dalam keluarga. Predisposisi genetik merupakan faktor imunologi yang menunjukkan gen resesif autosom yang mengatur respon imun maternal. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara

riwayat keturunan dengan kejadian preeklampsia pada ibu hamil dan nilai OR =2,618 artinya bahwa responden yang memiliki riwayat keturunan mempunyai risiko 2,618 kali mengalami kejadian preeklampsia dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki riwayat keturunan.

d. Riwayat Preeklampsia sebelumnya

Faktor-faktor imunologi berperan dalam perkembangan preeklampsia. Keberadaan protein asing, plasenta, atau janin bisa membangkitkan respon imunologis lanjut. Teori ini didukung oleh peningkatan insiden preeklampsia- eklampsia pada ibu baru (pertama kali terpapar jaringan janin) dan pada ibu hamil dari pasangan yang baru (materi genetik yang berbeda). 5 Hasil penelitian Fatkhiyah dkk (2016) menunjukkan bahwa ibu yang mempunyai riwayat preeklampsia 3,26 kali berisiko terjadi preeklampsia dibandingkan ibu hamil tanpa riwayat preeklampsia.

e. Kehamilan Ganda

Kehamilan ganda adalah kehamilan di mana lebih dari satu janin berkembang. Wanita dengan kondisi kehamilan ganda memiliki plasenta besar yang mengakibatkan penurunan perfusi plasenta. Kelebihan jaringan plasenta tidak dapat perfusi yang memadai dibandingkan dengan wanita dengan kehamilan tunggal yang menyebabkan ibu dan janin berkontribusi terhadap risiko preeklampsia/eklampsia. Proporsi wanita yang telah memiliki

kehamilan kembar antara pasien preeklampsia (6,8%) secara signifikan lebih tinggi daripada di wanita tanpa preeklampsia (1,0%).

f. Hipertensi kronik

Hipertensi adalah tekanan darah sekurang-kurangnya 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama. Preeklampsia pada hipertensi kronik yaitu preeklampsia yang terjadi pada perempuan hamil yang telah menderita hipertensi sebelum hamil. Angka kejadian preeklampsia akan meningkat pada hipertensi kronik, karena pembuluh darah plasenta sudah mengalami gangguan. Hipertensi yang mendasari chorionic didiagnosis pada wanita dengan tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg sebelum kehamilan atau sebelum 20 minggu gestasi, atau keduanya.

2. Faktor Terjadinya Preeklampsia Pasca Persalinan

Ibu bersalin dengan riwayat hipertensi akan mempunyai peluang sebesar 5,616 kali lebih besar untuk mengalami kejadian preeklampsia dibandingkan dengan ibu bersalin yang tidak memiliki riwayat hipertensi. Variabel paritas dan riwayat hipertensi sama-sama memiliki pengaruh terhadap kejadian preeklampsia, akan tetapi riwayat hipertensi lebih dominan berpengaruh terhadap kejadian preeklampsia dibandingkan dengan paritas karena ibu yang memiliki riwayat hipertensi adalah ibu yang memiliki tekanan darah atau denyut jantung yang lebih tinggi daripada normal karena penyempitan pembuluh darah atau

gangguan lainnya yang pernah dialami seseorang. Preeklampsia merupakan kejadian timbulnya hipertensi disertai dengan proteinuria akibat kehamilan, setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Tekanan darah pada pasien preeklampsia sifatnya labil dan mempunyai kecenderungan untuk lebih meningkatkan tekanan darah yang disebabkan adanya resistensi vaskuler yang dapat merusak endotel (Purwanti, 2022).

### **2.2.6 Pencegahan Preeklampsia**

Pemeriksaan antenatal yang teratur dan teliti dapat menemukan tanda-tanda dini preeklampsia, dalam hal ini harus dilakukan penanganan preeklampsia tersebut. Walaupun preeklampsia tidak dapat dicegah seutuhnya, namun frekuensi preeklampsia dapat dikurangi dengan pemberian pengetahuan dan pengawasan yang baik pada ibu hamil. Pengetahuan yang diberikan berupa tentang manfaat diet dan istirahat yang berguna dalam pencegahan. Istirahat tidak selalu berarti berbaring, dalam hal ini yaitu dengan mengurangi pekerjaan sehari-hari dan dianjurkan lebih banyak duduk dan berbaring. Diet tinggi protein dan rendah lemak, karbohidrat, garam dan penambahan berat badan yang tidak berlebihan sangat dianjurkan (Trisnawati & Mogan, 2023).

Pemeriksaan antenatal yang teratur dan teliti dapat menemukan tanda-tanda dini preeklampsia dan dalam hal itu harus dilakukan penanganan semestinya. Walaupun timbulnya preeklampsia tidak dapat dicegah sepenuhnya, namun frekuensinya dapat dikurangi dengan pemberian

penerangan secukupnya dan pelaksanaan pengawasan yang baik pada wanita hamil (Trisnawati & Mogan, 2023).

Panduan NICE merekomendasikan pemantauan TD pascasalin rutin untuk wanita dengan preeklamsia (setiap 1-2 jam selama 2 minggu) dan hipertensi gestasional (setidaknya 1 kali antara hari ke-3 dan 5), perawatan rutin pascasalin merekomendasikan pemeriksaan tekanan darah dalam 6 jam pasca salin pada semua wanita normotensi tanpa komplikasi kehamilan. Pemeriksaan proteinuria pasca salin tidak direkomendasikan karena terdapat lokia. Panduan NICE untuk manajemen hipertensi dalam kehamilan merekomendasikan untuk menginformasikan semua wanita mengenai kemungkinan hipertensi, preeklamsia, atau eklamsia dan memberikan informasi mengenai gejala-gejala relevan seperti sakit kepala hebat (peningkatan frekuensi dan tidak membaik dengan analgesia reguler), gangguan penglihatan seperti pandangan kabur, melihat cahaya, diplopia atau bintik melayang, mual dan muntah, malaise, sesak nafas akibat edema paru, edema muka, tangan atau kaki secara tiba-tiba, kejang hingga 4 minggu pascasalin. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) merekomendasikan pemantauan tekanan darah (TD) di RS selama 72 jam pascasalin dan diperiksa kembali 7-10 hari pascasalin (lebih cepat jika wanita memiliki gejala). ACOG menyarankan untuk terapi jika  $\geq 150/100$  mmHg, setidaknya 2 kali pengukuran dengan interval 4-6 jam. Pemberian aspirin sebagai profilaksis pada wanita berisiko tinggi sebelum usia kehamilan 16 minggu dapat mengurangi risiko

preeklamsia sebesar 17%. Selain itu, terdapat pengurangan risiko relatif sebesar 8% dari persalinan preterm dan pengurangan kematian janin dan neonates sebesar 14%.

### **2.2.7 Komplikasi Pada Preeklamsi Pasca Persalinan**

Douglas dan Redman melaporkan tidak adanya hipertensi dan proteinuria pada 38% wanita yang mengalami eklamsia, menunjukkan efek samping ibu yang berat dapat terjadi bahkan ketika definisi klinis preeklamsia tidak terpenuhi. Gangguan janin yang tidak dikenali dapat menyebabkan peningkatan kematian janin, dan 1 dari 20 stillbirth tanpa kelainan kongenital disebabkan oleh preeklamsia. Riwayat preeklamsia merupakan faktor risiko independen untuk kejadian jantung dan stroke. Wanita dari studi HYPITAT yang menginvestigasi waktu optimum untuk persalinan pada wanita dengan hipertensi gestasional atau preeklamsia, pemantauan kardiovaskuler 2–5 tahun pascasalin. Sejumlah kecil Wanita dengan hipertensi mengalami sakit kepala hebat atau baru (atau keduanya), gangguan penglihatan, atau defisit neurologis untuk patologi intraserebral. Faktor risiko untuk stroke dan trombosis vena serebral pascasalin termasuk usia lanjut ibu, hipertensi, seksio sesarea, gangguan cairan dan elektrolit. Sindrom vasokonstriksi serebral reversibel merupakan gangguan serebrovaskuler yang berhubungan dengan konstriksi dan dilatasi arterial multifokal yang biasanya terjadi 3-14 hari pascasalin dan berhubungan dengan sakit kepala hebat. Wanita yang mengalami hipertensi gestasional atau preeklamsia berisiko mengalami hipertensi dan stroke pada saat

dewasa.

### **2.2.8 Penatalaksanaan Preeklampsia Pasca Persalinan**

Penatalaksanaan Preeklampsia pada ibu nifas berfokus pada pemantauan tekanan darah, pemberian obat-obatan, dan pemantauan tanda-tanda vital, dengan tujuan utama mencegah komplikasi seperti eklampsia dan mengontrol tekanan darah. Manajemen pada pasien preeklampsia berat adalah sebagai berikut :

1. Segera datang ke rumah sakit, atau stabilisasi pasien dan rujuk ke pusat pelayanan yang lebih tinggi
2. Posisi pasien berbaring
3. Melakukan monitor pada tekanan darah, albumin urin, kondisi janin, dan pemeriksaan laboratorium segera.
4. Memberikan obat antihipertensi yang pertama nifedipine (secara oral short acting), hydralazine dan labelatol parenteral. Sedangkan untuk alternatif pemberian obat antihipertensi yang lain adalah nitogliserin, metildopa, labelatol.
5. Pemberian obat MgSO<sub>4</sub> (dilakukan jika timbulnya gejala seperti nyeri pada kepala, nyeri ulu hati dan pandangan kabur). Pemberian obat MgSO<sub>4</sub> secara Loading Dose beri 4 gram MgSO<sub>4</sub> melalui vena dengan waktu 15-20 menit dan untuk dosis rumatan MgSO<sub>4</sub> diberikan 1 gram/jam melalui vena dengan infus berlanjut.
6. Pemberian anti hipertensi dan mempertahankan tekanan darah di bawah 160/110 mmHg dapat diberikan antihipertensi yang pertama adalah obat

Nifedipin (secara oral short acting), hydralazine, labelatol dan untuk alternatif pemberian antihipertensi yang lainnya adalah nitogliserin, metildopa, labelatol.

7. Memberikan obat antihipertensi parenteral bila dijumpai tekanan darah >180/110 dan dapat digunakan Nicardipin drip.
8. Pada pasien ibu hamil lakukan tindakan untuk melakukan rencana terminasi pada usia kehamilan 34-37 minggu (Merida, 2023).

Penatalaksanaan emergensi preeklampsia dan eklampsia menurut Merida, (2023), yakni :

1. AIRWAY (Sembari miringkan ibu 15-30°)
2. BREATHING => Pasang O2, 4-6 lpm
3. CIRCULATION : ukur TD, infus 1.5-2 l/24 jam
4. Control Kejang (MgSO4) Tekanan darah (antihipertensi)
5. Cegah berulang dan komplikasinya.