

## Resiko Pemberian Mgso4 Dosis Awal *Full Dose* Pasien Preeklamsi Pada Tindakan Persalinan *Sectio Caesaria*

Siti Azizah<sup>1</sup>, Sugijati<sup>2✉</sup>, Jenie Palupi<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup> Poltekkes Kemenkes Malang, Indonesia  
[sugiatist@gmail.com](mailto:sugiatist@gmail.com)

**MAJORY**  
*Malang Journal of Midwifery*

### Abstrak

Resiko persalinan preeklamsia mengancam keselamatan ibu dan janin. Penanganan yang tepat diperlukan untuk menurunkan resiko kejadian tersebut. Pasien preeklamsia rujukan tidak mendapat pemberian MgSO<sub>4</sub> secara dosis *full dose* dalam tatalaksana di fasilitas kesehatan pertama. Hal tersebut menimbulkan komplikasi menjadi kondisi yang parah yaitu disertai kejang sewaktu-waktu dan meningkatkan resiko kematian ibu atau janin. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui resiko pemberian MgSO<sub>4</sub> dosis awal *full dose* pasien preeklamsi pada tindakan persalinan *Sectio Caesaria*. Desain penelitian adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan metode *cross sectional*, dengan populasi 100 ibu pasien preeklamsi yang melahirkan *Sectio Caesaria* dan tidak *Sectio Caesaria*, sampling dengan menggunakan *sampling jenuh* dengan jumlah sampel 100 pasien preeklamsi yang memenuhi kriteria inklusi. Instrumen penelitian menggunakan catatan Rekam Medis pasien, kemudian data dianalisis dengan menggunakan uji *Chi square* untuk hipotesis satu sisi dan mengetahui besar risiko (*Odds Ratio*) paparan terhadap kasus pada tingkat kepercayaan 95% dengan menggunakan tabel 2x2 yang menunjukkan resiko SC pada pasien PE yang pemberian MgSO<sub>4</sub> tidak *full dose* lebih besar dibandingkan pasien PE yang pemberian MgSO<sub>4</sub> *full dose*.

**Kata kunci:** *Pemberian MgSO<sub>4</sub> Dosis Awal Full dose, Sectio Caesaria*

### Abstract

*The risk of preeclampsia labor threatens the safety of the mother and fetus. Proper handling is needed to reduce the risk of this incident. Referral preeclampsia patients did not receive full dose of MgSO<sub>4</sub> in the treatment at the first health facility. This causes complications to become a severe condition that is accompanied by seizures at any time and increases the risk of maternal or fetal death. The purpose of this study was to determine the risk of giving a full dose of MgSO<sub>4</sub> as an initial full dose of preeclampsia patients in caesarean section delivery. The research design is a descriptive study with a cross sectional approach, with a population of 100 mothers of preeclampsia patients who gave birth to Sectio Caesaria and not Sectio Caesaria, sampling using saturated sampling with a total sample of 100 preeclampsia patients who met the inclusion criteria. The research instrument used the patient's medical records, then the data were analyzed using the Chi square test for the one-sided hypothesis and to find out the risk (Odds Ratio) of exposure to the case at a 95% confidence level using a 2x2 table showing the risk of SC in PE patients who were given MgSO<sub>4</sub> not full dose is greater than PE patients who are given full dose of MgSO<sub>4</sub>.*

**Keywords:** *Full dose Initial MgSO<sub>4</sub> Administration, Sectio Caesaria*



## PENDAHULUAN

Berbagai strategi dan kebijakan dari pemerintah pusat, pemerintah daerah, dinas kesehatan dan beberapa instansi terkait telah dilakukan, namun belum cukup untuk menurunkan AKI (Angka Kematian Ibu). Beberapa masalah yang sering terjadi dilapangan adalah banyaknya variasi prosedur dan protokol. Kondisi tersebut menyebabkan adanya kebingungan dari berbagai pihak terutama di wilayah fasilitas kesehatan primer dan skunder dan bidan, dokter umum yang disertai ketakutan untuk melakukan tatalaksana tertentu yang tidak di dasari oleh landasan teori dan pemahaman penanganan yang cukup baik (PNPK, 2016).

Terbukti pada pasien preeklamsi yang selama ini terjadi masih banyak ditemukan preeklamsi dengan penatalaksanaan yang tidak seharusnya terutama pada pemberian dosis awal MgSO<sub>4</sub> yaitu dosis *full dose* dengan berbagai alasan salah satunya adalah takut, dokter tidak memerintah, obat yang tidak tersedia. Sehingga memungkinkan terjadinya kondisi preeklamsi yang lebih parah yaitu eklamsi.

Magnesium sulfat menunjukkan peran besar dalam eklamsi untuk mencegah kejang berulang. Obat ini bekerja sebagai vasodilator cerebral dan stabilisator membran, mengurangi iskemia dan kerusakan neuron yang mungkin terjadi.

Sejak tahun 1951, Prichard mempelajari penggunaan magnesium sulfat sebagai pengobatan tunggal pada eklamsi. Eastman mengatakan bahwa magnesium sulfat adalah obat yang paling ampuh, setelah menggunakannya 1200 kasus diobati dengan magnesium sulfat. Penggunaan magnesium sulfat parentral untuk pengobatan preeklamsi pertama kali dilakukan oleh Horn tahun 1906. Sampai saat ini magnesium sulfat merupakan obat yang terpakai banyak untuk pengiobatan preeklamsi dan eklamsi di Amerika Serikat. Di Indonesia penggunaan mgnesium sulfat sudah cukup lama di pakai dan pada saat KOGI VI tahun 1985 di Ujung Pandang oleh Satgas Gestosis di tetapkan magnesium sulfat merupakan satu- satunya obat yang dipakai untuk pengobatan preeklamsi.

Berbagai strategi pernah digunakan untuk tahun 2015 yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup. AKI di Indonesia masih di dominasi oleh tiga penyebab utama yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, infeksi (Kemenkes RI,2015). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2014 AKI di Jawa Timur mencapai 93,52 per 100.000 kelahiran hidup. Angka kejadian dalam prosentase (31,04%) disebabkan oleh preeklamsi/ eklamsi.

AKI di Kabupaten Bondowoso mengalami peningkatan dalam tiga tahun



terahir, pada tahun 2014 sejumlah 17 orang, pada tahun 2015 sejumlah 19 orang, dan tahun 2016 sejumlah 20 orang. Secara prosentase preklamsi/eklamsi masih menyumbang angka sebesar (25%) untuk penyebab AKI di Bondowoso (Dinkes Kabupaten Bondowoso, 2016).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan, di RSUD Dr. H. KOESNADI Bondowoso, jumlah pasien pada kasus preeklamsi dari tahun ke tahun mengalami peningkatan. Tercatat tahun 2013 jumlah preeklamsi sebanyak 16 kasus, meningkat tahun 2014 yaitu sebesar 41 kasus, tahun 2015 angka kejadian preeklamsi menurun sebesar 28 kasus.

Resiko persalinan pada ibu dengan preeklamsi sangatlah tinggi karena dapat mengancam keselamatan ibu dan janin, bahkan dapat menjadi eklamsi, maka perlu dilakukan upaya yang optimal untuk menurunkan kejadian tersebut yaitu mengakhiri kehamilan dengan tindakan *Sectio Caesarea* jika dalam 24 jam tidak dapat diselesaikan dengan persalinan pervaginam. Pada Preeklamsi berat, persalinan harus terjadi dalam 24 jam. Sedangkan eklamsi persalinan harus terjadi dalam 6 jam sejak gejala eklamsi timbul, jika pada eklamsi terjadi gawat janin atau persalinan tidak terjadi dalam 12 jam, maka persalinan harus diterminasi melalui

tindakan *Sectio Caesarea* (PPGDON, 2017).

Menurut WHO peningkatan persalinan dengan sesar di seluruh negara terjadi semenjak tahun 2007-2008 yaitu 110.000 per kelahiran hidup di seluruh Asia. Di Indonesia sendiri angka kejadian operasi sesar juga terus meningkat baik di rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit swasta (Depkes RI, 2013).

Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti ingin meneliti tentang resiko pemberian MgSO<sub>4</sub> dosis awal *Full dose* pasien preeklamsi pada tindakan persalinan *Sectio Caesaria* Di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso

## METODE PENELITIAN

Populasi penelitian dalam penelitian ini adalah pasien preeklamsi yang melahirkan *Sectio Caesaria* dan tidak *Sectio Caesaria* dan tercatat di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso tahun 2017 sebanyak 100 responden. Sampel yang digunakan adalah ibu preeklamsi yang melahirkan *Sectio Caesaria* dan tidak *Sectio Caesaria* sebanyak 100 responden. Penelitian ini dilakukan di RSUD DR. H. Koesnadi Bondowoso pada tahun 2017

Teknik pengambilan sampling penelitian ini menggunakan sampling jenuh yaitu menggunakan semua populasi sebagai sampel. Kriteria inklusi dalam penelitian ini



adalah pasien preeklamsi yang melahirkan *Sectio Caesaria* dan tidak *Sectio Caesaria* dan tercatat pada rekam medis di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso tahun 2017. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah pasien yang tidak preeklamsi/ dengan penyakit lain, tidak melahirkan dan tidak tercatat pada rekam medis di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso tahun 2017.

Pada penelitian ini yang dimaksud dengan dosis awal MgSO<sub>4</sub> adalah pemberian dosis awal MgSO<sub>4</sub> pada pasien terdiagnosis preeklamsi sebanyak 4 gram (20%) per IV ditambah 10 gram (40%) per IM pada bokong kanan dan bokong kiri. Variabel independen dalam penelitian ini adalah pemberian MgSO<sub>4</sub> awal *full dose* pada pasien preeklamsi. Variabel dependennya adalah tindakan persalinan *Sectio Caesaria*. Penelitian ini telah mendapatkan kelayakan etik dari Komisi Etik Poltekkes Kemenkes Malang.

## HASIL PENELITIAN

**Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Tekanan Darah Saat Merujuk**

Tekanan Darah	f (%)
140/90 -150/100 mmhg	45 (45)
Di atas 160/100 mmhg	55 (55)
Jumlah	100

Berdasarkan Tabel 1. dapat diketahui bahwa lebih dari separuh responden dirujuk

dengan tekanan darah lebih dari 160/100 mmHg (55%).

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi Pemberian Mgso4 *Full Doses* Pada Pasien Preeklamsi**

Pemberian MgSO <sub>4</sub> <i>Full Dose</i>	f (%)
Ya	47 (47)
Tidak	53 (53)
Jumlah	100

Berdasarkan Tabel 2. dapat diketahui bahwa lebih dari separuh responden tidak mendapatkan MgSO<sub>4</sub> *full dose* (53%).

**Tabel 3. Distribusi Frekuensi Tindakan Persalinan *Sectio Caesaria* Pada Pasien Preeklamsi**

Persalinan <i>Sectio Caesaria</i>	f (%)
Ya	50 (50)
Tidak	50 (50)
Jumlah	100

Berdasarkan Tabel 3. dapat diketahui bahwa separuh responden melahirkan secara *sectio secarea* (50%).



**Tabel 4. Distribusi Pemberian Mgso4 *Full Dose* Dengan Tindakan Persalinan *Sectio Caesaria* Pada Pasien Preeklamsi**

Pemberian MgSO <sub>4</sub>	Persalinan <i>Sectio Caesaria</i>		OR
	Ya f (%)	Tidak f (%)	
Tidak <i>full dose</i>	35 (66,04)	18 (33,96)	4,148
<i>Full dose</i>	15 (31,91)	32 (68,09)	

Berdasarkan Tabel 3. dapat diketahui bahwa sebagian besar pasien yang mendapatkan pemberian MgSO<sub>4</sub> tidak *full dose* dilakukan tindakan persalinan *sectio caesaria* (66,04%) dan sebagian besar pasien yang mendapatkan pemberian MgSO<sub>4</sub> *full dose* tidak dilakukan tindakan persalinan *sectio caesaria* (68,09%). Dari hasil analisis menunjukkan persalinan *sectio caesaria* pada pasien preeklamsi yang mendapat pemberian MgSO<sub>4</sub> tidak *full dose* 4 kali lebih besar dibandingkan pasien preeklamsi yang pemberian MgSO<sub>4</sub> *full dose* (OR=4,148).

## DISKUSI

Resiko persalinan pada ibu dengan preeklamsi sangat tinggi karena dapat mengancam keselamatan ibu dan janin, bahkan dapat menjadi eklamsi, maka perlu dilakukan upaya yang optimal untuk menurunkan kejadian tersebut yaitu mengakhiri kehamilannya dengan tindakan *Sectio Caesaria*. Pada dasarnya penanganan preeklamsi terdiri atas pengobatan medik

dan obstetrik. Tujuan utama penanganan preeklamsi adalah mencegah terjadinya preeklamsi berat dan eklamsi, melahirkan janin hidup, sehingga menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

Bila preeklamsi terjadi pada usia kehamilan kurang dari 35 minggu, maka usia kehamilan dapat dipertahankan sampai dengan aterm dan bisa direncanakan persalinan baik pervaginam ataupun *sectio caesaria*, namun harus dalam pengawasan dan observasi untuk memastikan bahwa tekanan darah, protein urine, tidak ada tanda-tanda komplikasi baik untuk ibu maupun janin serta rutin pemeriksaan laboratorium secara berkala sebagai parameter dalam penanganan kegawatdaruratannya (PPGDON, 2017).

Jika usia kehamilan lebih dari 35 minggu tidak terdapat tanda – tanda persalinan, tidak terdapat perburukan kondisi ibu dan janin, hasil pemeriksaan laboratorium dalam batas normal, maka pertahankan kehamilan sampai dengan aterm. Jika terdapat tanda – tanda persalinan, keadaan ibu dan janin tidak stabil, tampak timbul komplikasi, lakukan terminasi kehamilan dengan *sectio caesaria* secara darurat (PPGDON, 2017).

Dalam kondisi dengan komplikasi yang timbul, maka seseorang ibu hamil dengan preeklamsi kebanyakan tidak memungkinkan dilakukan persalinan



pervaginam. Persalinan pervaginam memerlukan kondisi stabil secara fisik, yang harus didukung beberapa aspek dari kondisi ibu hamil tersebut termasuk kondisi organ vitalnya. Dengan kondisi yang tidak memungkinkan untuk persalinan secara pervaginam, maka langkah paling tepat adalah persalinan dengan persalinan *sectio caesaria*.

Pada penelitian ini didapatkan hasil separuh responden melahirkan secara *sectio secarea* (50%). Persalinan harus terjadi dalam 24 jam pada kasus preeklamsi berat, sedangkan persalinan harus terjadi dalam 6 jam sejak gejala eklamsi timbul. Jika pada eklamsi terjadi gawat janin atau persalinan tidak terjadi dalam 12 jam, maka kehamilan harus diterminasi melalui persalinan *Sectio Caesaria* (PPGDON, 2017).

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar pasien yang mendapatkan pemberian MgSO<sub>4</sub> tidak *full dose* dilakukan tindakan persalinan *sectio caesaria* (66,04%) dan sebagian besar pasien yang mendapatkan pemberian MgSO<sub>4</sub> *full dose* tidak dilakukan tindakan persalinan *sectio caesaria* (68,09%). Tidak semua pasien preeklamsi rujukan tidak mendapat pemberian MgSO<sub>4</sub> *full dose*, ada yang hanya mendapat dosis MgSO<sub>4</sub> 20% saja, yang semestinya tatalaksana tersebut harus dilakukan di fasilitas kesehatan pertama secara lengkap menimbang komplikasi yang akan

ditimbulkan akan menjadi kondisi yang lebih parah yaitu kejang sewaktu-waktu dan berakibat fatal, serta bisa berdampak kematian ibu atau janin yang kandungannya. Pemberian MgSO<sub>4</sub> tidak *full dose* dilakukan karena persediaan obat yang tidak ada, dokter tidak memberikan perintah, perasaan takut terjadi apa-apa saat diberikan, karena mungkin dipengaruhi oleh pengetahuan yang kurang memadai tentang MgSO<sub>4</sub>, sehingga menjadi sebagian kendala dalam penanganan preeklamsi khususnya di wilayah.

Dari hasil analisis menunjukkan persalinan *sectio caesaria* pada pasien preeklamsi yang mendapat pemberian MgSO<sub>4</sub> tidak *full dose* 4 kali lebih besar dibandingkan pasien preeklamsi yang pemberian MgSO<sub>4</sub> *full dose* (OR=4,148). Pada kasus preeklamsi berat, serta eklamsi, MgSO<sub>4</sub> parentral merupakan suatu anti kejang efektif yang tidak menyebabkan depresi susunan saraf pusat ibu dan janin. Obat ini dapat diberikan secara intra vena melalui infus kontinu atau intra muskuler dengan menyuntikan intermiten. Pemberian MgSO<sub>4</sub> ini di anjurkan di berikan pada persalinan dan pelairan karena rentan terjadi kejang, diberikan selama persalinan dan 24 jam post partum (Cunningham, 2012).

Pengelolaan preeklamsi/ eklamsi idealnya dilakukukan multi disiplin dan



anestetist ikut dalam pengelolaan preeklamsi berat pada stadium dini. Bila diberikan MgSO<sub>4</sub> anestetist dapat menaksir fungsi neuromuskuler, sehingga dapat memberikan advis dalam protektif *airway* dan depresi nafas. Terapi terbaik untuk preeklamsi adalah cepat- cepat melahirkan foetus dan gejala umumnya reda dalam 48 jam setelah bayi dilahirkan. MgSO<sub>4</sub> sebagai terapi yang akan memudahkan pengelolaan anestesi untuk pengendalian terjadinya kejang. Hal tersebut adalah langkah optimal mempersiapkan keadaan pasien, pada keadaan emergency yang betul-betul memerlukan operasi yang segera.

Pemberian MgSO<sub>4</sub> dosis awal tidak *full dose* pada pasien preeklamsi memberikan peluang tindakan terminasi secara *sectio caesaria*, dimana dalam kondisi dengan komplikasi yang di timbulkan karena preeklamsi itu sendiri menimbulkan banyak dampak buruk terutama kejang, yang akhirnya gejala lain akan timbul seperti gangguan organ vital diantaranya gangguan penglihatan, gangguan ginjal odem paru, gangguan hati, gangguan syaraf otak, perburukan kondisi yang tentu saja atas perintah dokter yang penatalaksan tersebut sudah menjadi SOP.

Sebagai tolak ukur untuk kelanjutan menuju perbaikan menjadi maksimal untuk melaksanakn tindakan medis sesuai SOP

yang sudah ditetapkan sebagai bentuk peningkatan mutu pelayanan bagi tenaga kesehatan baik di wilayah maupun di RS dengan terus menggali pengetahuan dan informasi sehingga tidak ada lagi keraguan dalam pemberian pelayanan medis untuk penerima layanan kesehatan

## PENUTUP

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar pasien yang mendapatkan pemberian MgSO<sub>4</sub> tidak *full dose* dilakukan tindakan persalinan *sectio caesaria* (66,04%) dan sebagian besar pasien yang mendapatkan pemberian MgSO<sub>4</sub> *full dose* tidak dilakukan tindakan persalinan *sectio caesaria* (68,09%). Dari hasil analisis menunjukkan persalinan *sectio caesaria* pada pasien preeklamsi yang mendapat pemberian MgSO<sub>4</sub> tidak *full dose* 4 kali lebih besar dibandingkan pasien preeklamsi yang pemberian MgSO<sub>4</sub> *full dose* (OR=4,148).

Pemberian MgSO<sub>4</sub> dosis awal tidak *full dose* pada pasien preeklamsi memberikan peluang tindakan terminasi secara *sectio caesaria*, karena preeklamsi menimbulkan banyak dampak buruk terutama kejang, yang akhirnya gejala lain akan timbul seperti gangguan organ vital diantaranya gangguan penglihatan, gangguan ginjal odem paru, gangguan hati, gangguan syaraf otak, atau perburukan kondisi fisik.



Bagi semua tenaga kesehatan/ bdan di fasilitas pelayanan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan terkait tatalaksana preeklamsi agar tidak ada ketakutan dan ketidaktahuan dalam melaksanakan tindakan medis berdasarkan SOP yang ada, sehingga menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Manuaba. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Bidan*. Jakarta: Arcana
- Notoatmodjo S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Prawirohardjo, Sarwono. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Edisi 4: Cetakan 3 Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), 2016, *Diagnosis dan tata Laksana Pre-Eklamsia*. Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia, Himpunan Kedokteran Foto Materna
- Pelatihan Pertolongan Pertama Gawat Darurat Obstetri dan Neonatal (PPGDON)*. 2017.. Jakarta: Depkes RI
- Puspita, Dita. 2013. *Studi Fenomenologi Kualitas Pemeriksaan Antenatal dalam Mendeteksi Preeklamsia di Puskesmas Ciputat Kota Tangerang Selatan*. Skripsi. Program Studi Ilmu Keperawatan fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta
- Rozikhan. 2007. *Faktor-Faktor Risiko Terjadinya Preeklamsia Berat di Rumah Sakit*. H. Soewondo Kendal, Cermin Dunia Kedokteran Edisi 158, hal 18.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2014. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Sibagariang, dkk, 2010. *Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta : Penerbit Trans Info Media.
- Sukarmi & Sudarti. 2014. *Patologi Kehamilan, Persalinan, Nifas, dan Neonatus Resiko Tinggi*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sugiyono. 2014. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta
- Varney, H, dkk. 2006. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Wiknjosastro, H. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

