

EKLAMPSIA: PROFIL KASUS DI RUMAH SAKIT REGIONAL SULAWESI TENGAH

I Putu Fery Immanuel White^{*1}, John Johannes Ezechiel Wantania², Amalia Syafrida³

¹Departemen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako, Palu, Sulawesi Tengah

²Departemen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Sam Ratulangi, Manado, Sulawesi Utara

³Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako, Palu, Sulawesi Tengah

*Corresponding author: Telp: +6285109041984, email: ferywhite@gmail.com

ABSTRAK

Eklampsia adalah komplikasi obstetri yang mengancam jiwa, ditandai oleh terjadinya kejang tonik-klonik pada wanita hamil atau pasca persalinan tanpa penyebab neurologis lain. Eklampsia berkontribusi signifikan terhadap angka kematian ibu dan prenatal, terutama di negara berpendapatan rendah hingga sedang. Tujuan penelitian untuk mendeskripsikan profil klinis, penatalaksanaan, luaran dari lima kasus eklampsia yang ditangani di beberapa rumah sakit regional di Sulawesi Tengah, serta menyoroti variasi klinis dan tantangan diagnostik/terapeutik. Laporan kasus deskriptif pada lima pasien primigravida, usia muda dengan kontrol antenatal yang tidak lengkap. Informasi diambil dari rekam medis meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, temuan laboratorium, penatalaksanaan (magnesium sulfat dan antihipertensi), cara dan waktu persalinan, serta luaran ibu dan bayi. Seluruh pasien mengalami hipertensi; sebagian melaporkan gejala prodromal (sakit kepala, gangguan penglihatan, nyeri epigastrium). Tiga pasien mengalami kejang, satu pasien datang dalam kondisi koma, dan satu pasien mengalami eklampsia pascapersalinan. Penatalaksanaan utama meliputi magnesium sulfat, obat antihipertensi dan persalinan secara pervaginam atau operasi. Luaran ibu umumnya baik; terdapat satu bayi dengan henti jantung dan satu bayi dengan asfiksia. Usia muda, status primigravida, dan kontrol antenatal yang suboptimal merupakan faktor risiko utama. Penanganan cepat dan multidisiplin dengan kontrol kejang, pengendalian tekanan darah, serta persalinan tepat waktu penting untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas.

Kata Kunci: Eklampsia; Preeklampsia; Magnesium sulfat; Hipertensi.

ABSTRACT

Eclampsia is a life-threatening obstetric complication characterized by generalized tonic-clonic seizures in pregnant or postpartum women in the absence of other neurologic causes. It remains a major contributor to maternal and perinatal mortality, particularly in low- and middle-income settings. The objective of the study is to describe the clinical profiles, management, and outcomes of five eclampsia cases treated at several regional hospitals in Central Sulawesi, highlighting clinical variation and diagnostic/therapeutic challenges. A Descriptive case series of five young primigravid patients with incomplete antenatal care. Data were extracted from medical records including history, physical examination, laboratory findings, management (magnesium sulfate and antihypertensives), mode and timing of delivery, maternal and infant outcomes. All patients were hypertensive; most reported prodromal symptoms (headache, visual disturbance, epigastric pain). Three patients had seizures, one presented in coma, and one had postpartum eclampsia. Primary management included magnesium sulfate, antihypertensives, and delivery via vaginal birth or

cesarean section. Maternal outcomes were generally good; one neonate experienced cardiac arrest and one had asphyxia. Conclusion: Young age, primigravida status, and suboptimal antenatal care were key risk factors. Prompt, multidisciplinary care with seizure control, blood pressure management, and timely delivery is critical to reduce morbidity and mortality.

Keywords: *Eclampsia; Preeclampsia; Magnesium Sulfate; Hypertension*

PENDAHULUAN

Eklampsia merupakan komplikasi kehamilan yang sangat serius dan bertanggung jawab atas tingginya angka kematian ibu dan perinatal. Eklampsia didefinisikan sebagai terjadinya satu atau lebih kejang tonik-klonik umum tanpa adanya penyebab neurologis lain. Kondisi ini berhubungan erat dengan adanya hipertensi dalam kehamilan yang menyebabkan adanya gangguan multisistem dan penurunan perfusi organ.¹⁻³

Angka kematian ibu secara global bervariasi tergantung pada wilayah dan status sosial ekonomi. Survei Demografi menyatakan hipertensi dalam kehamilan masih menjadi salah satu penyebab kematian maternal yang berhubungan dengan preeklampsia berat atau kejadian eklampsia.^{4,5}

Eklampsia merupakan komplikasi serius hipertensi dalam kehamilan, dan menimbulkan morbiditas dan mortalitas yang tinggi bagi ibu dan bayi. Wanita yang selamat dari komplikasi preeklampsia/eklampsia memiliki risiko lebih tinggi mengalami penurunan kognitif di kemudian hari, dan anak-anak mereka memiliki risiko lebih tinggi terkena tekanan darah tinggi dan penyakit kardiovaskular lainnya, selain gangguan perkembangan saraf.³

Eklampsia bukan indikasi mutlak untuk dilakukannya bedah sesar. Keputusan untuk melakukan bedah sesar harus berdasarkan usia kehamilan janin, kondisi janin, adanya persalinan, dan skor Bishop serviks.¹ Beberapa dokter akan melanjutkan bedah sesar jika terjadi perburukan penyakit dan serviks tidak mendukung (tercermin dalam skor Bishop yang dihitung rendah), karena persalinan per vaginam mempertimbangkan waktu yang diperlukan untuk induksi. Eklampsia memiliki

dampak yang beragam pada ibu maupun pada janin. Oleh karena itu, sangat penting untuk mengidentifikasi mekanisme yang mendasarinya. Identifikasi awal dan penanganan yang terkoordinasi diperlukan dalam mencegah angka mortalitas pada ibu maupun janin^{4,6}

Meskipun telah dilakukan berbagai intervensi dan inisiatif global dan regional dari pemerintah dan lembaga terkait lainnya, eklampsia masih menjadi penyebab tertinggi angka kematian ibu, laporan mengenai variasi manifestasi klinis dan luaran pasien di Sulawesi Tengah masih sangat terbatas. Oleh karena itu, artikel ini akan membahas seri kasus eklampsia yang ditangani di Rumah Sakit Regional Sulawesi Tengah, Indonesia yang menyajikan temuan pada ibu hingga luaran pada ibu dan bayi.

METODOLOGI

Penelitian ini merupakan kumpulan kasus (*Case series retrospektif*) yang menyajikan laporan kasus deskriptif terhadap lima pasien eklampsia di beberapa rumah sakit regional di Sulawesi Tengah. Seluruh pasien adalah primigravida berusia muda dengan kontrol antenatal tidak lengkap. Penelitian ini dilaksanakan dengan mengambil data rekam medis pasien yang dirawat selama periode Agustus-Oktober 2025.

Kriteria inklusi pada penelitian ini meliputi seluruh pasien dengan diagnosis eklampsia yang dirawat selama periode penelitian serta memiliki informasi yang lengkap dari rekam medis mencakup anamnesis, pemeriksaan fisik, tekanan darah, profil kejang, temuan laboratorium, terapi yang diberikan (magnesium sulfat dan

antihipertensi), cara serta waktu persalinan, dan luaran ibu dan bayi.

Kriteria eksklusi meliputi pasien dengan rekam medis yang tidak lengkap, pasien yang mengalami kejang akibat penyebab selain eklampsia, serta pasien yang telah mendapatkan tatalaksana definitive di fasilitas kesehatan lain sebelum dirujuk.

Penelitian ini dilakukan sesuai dengan protokol penelitian dan memperoleh persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Tadulako,

seluruh data pasien dijaga kerahasiaannya dengan menghilangkan identitas pribadi selama proses pengumpulan hingga penyajian data.

Analisis data dilakukan secara deskriptif dengan menampilkan gambaran karakteristik pasien, manifestasi klinik, hasil pemeriksaan, tatalaksana, serta luaran maternal dan neonatal. Mengingat penelitian ini merupakan seri kasus dengan jumlah sampel yang terbatas, tidak dilakukan analisis statistik,

HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL

LAPORAN KASUS

Tabel 1. Profil Pasien dengan Eklampsia

VARIABEL	Kasus 1	Kasus 2	Kasus 3	Kasus 4	Kasus 5
ANAMNESIS					
Partias	G1P0A0	G1P0A0	G1P0A0	G1P0A0	G1P0A0
Usia Kehamilan	Pasca Persalinan Hari ke-7	36 Minggu	38 Minggu	34-35 Minggu	37-38 Minggu
Kontrol AnteNatal	Tidak Lengkap	Tidak Lengkap	Tidak Lengkap	Tidak Lengkap	Tidak Lengkap
Riwayat Hipertensi Sebelumnya	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Ada	Tidak ada
PEMERIKSAAN FISIK					
Kesadaran (GCS)	Compos mentis (E4V5M6)	Delirium (E2V2M5)	Compos mentis (E4V5M6)	Compos mentis (E4V5M6)	Koma (E1V1M1)
Tekanan Darah Saat Masuk	178/122 mmHg	175/135 mmHg	190/110 mmHg	178/122 mmHg	130/100 mmHg
Profil Kejang	Tonik Klonik; >3 kali	Tonik Klonik; 1 kali	Tonik Klonik; 3 kali	Tonik Klonik; 1 kali	Tonik Klonik; 1 kali
PEMERIKSAAN					

LABORATORIUM					
Proteinuria	+3	+4	+3	+3	+3
TERMINASI					
Cara Persalinan	Pervaginam	Operasi Sesar	Operasi Sesar	Pervagina m	Operasi Sesar
Durasi Kejang hingga Lahir	Kejang 7 hari setelah pasca persalinan per vaginam	11 Jam	1 jam 30 menit	1 jam 15 menit	5 Menit
TREATMENT					
Magnesium Sulfat	Kosentrasi 40% 20 mL IV setiap 8 jam	Kosentrasi 40% 20 mL IV setiap 8 jam	Kosentrasi 40% 10 mL IV (Pemberian ke-2)	Dalam Ringer Laktat; 28 tpm	Kosentrasi 40% 20 mL IV setiap 8 jam
Obat Tambahan	-	Diazepam IV	Midazolam IV	-	-
Antihipertensi	• Amlodipin • Bisoprolol • Candesartan	Nifedipin	• Amlodipin • Bisprolol	Furosemid	-
LUARAN					
Ibu	Sembuh penuh	Sembuh penuh (hari ke-1 pasca persalinan)	Sembuh penuh	Sembuh penuh	Sembuh penuh (hari ke-3 pasca persalinan)
Bayi	Baik	Henti Jantung	Baik	Asfiksia	Baik

Sumber: Data Primer

Seluruh pasien mengalami hipertensi; gejala prodromal seperti sakit kepala, gangguan penglihatan, dan nyeri epigastrium sering ditemukan. Terdapat persamaan profil dari kelima pasien yaitu eclampsia terjadi pada primigravida, ibu dengan usia muda, dan tidak terdapat riwayat pemeriksaan antenatal yang lengkap pada semua pasien. Selain itu, terdapat pula variasi yang berbeda pada kelima pasien. Tiga pasien mengalami kejang; satu pasien datang dalam kondisi koma; satu kasus merupakan eklampsia pascapersalinan. Kelima pasien mengalami kejang tonik-klonik

dengan durasi dan frekuensi yang berbeda. Selanjutnya pada pemeriksaan proteinuria didapatkan hasil positif pada semua pasien yang menegaskan diagnosis eclampsia.

Penanganan awal memprioritaskan jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi, diikuti pemberian magnesium sulfat dan pengendalian tekanan darah sesuai indikasi. Persalinan dilakukan pervaginam atau melalui operasi bedah sesar berdasarkan kondisi ibu dan bayi. Selanjutnya, semua pasien dirawat di ruangan intensif untuk dipantau perkembangannya. Pemulihan ibu umumnya

baik. Komplikasi pada neonatal meliputi satu henti jantung dan satu asfiksia.

PEMBAHASAN

Eklamsia adalah kondisi kejang dan manifestasi preeklamsia yang parah pada dengan adanya kondisi proteinuria signifikan, disfungsi organ ibu, atau disfungsi uteroplasenta. Eklamsia yang biasanya terjadi setelah 20 minggu kehamilan tetap menjadi penyebab utama kematian di negara-negara berpendapatan rendah dan sangat terkait dengan tingkat hasil maternal dan neonatal yang lebih tinggi dan buruk. Kondisi ini menyebabkan penyakit kardiovaskular, serebrovaskular, masalah hati dan ginjal, solusio plasenta, DIC, dan hemolisis, sindrom HELLP pada ibu dan komplikasi neonatal/janin seperti oligohidramnion, detak jantung/status janin yang tidak meyakinkan, kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, asfiksia berat, lahir mati, dan kematian intrapartum.^{2,7,8,14}

Gejala prodromal yang lazim meliputi nyeri kepala, gangguan penglihatan dan nyeri perut kanan atas atau epigastrik. Selain gejala prodromal, tidak jarang eklamsia terjadi tanpa hipertensi berat serta proteinuria, namun hal tersebut tidak dapat menyingkirkan diagnosis eklamsia. Menurut *American Journal of Obstetricians and Gynecologists* tentang hipertensi dalam kehamilan, dan *International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy* menghapus persyaratan proteinuria untuk diagnosis preeklamsia jika ada temuan lain yang menunjukkan keterlibatan organ akhir (trombositopenia, peningkatan transaminase hati, insufisiensi ginjal, edema paru, atau gejala neurologis baru). Wanita dengan eklamsia dapat mengalami proteinuria, tetapi penelitian sebelumnya telah menemukan bahwa proteinuria substansial (≥ 3 pada dipstick) hanya terjadi pada 48% kasus dan proteinuria tidak ada pada 14% kasus. Temuan paling umum selama pemeriksaan neurologis

setelah kejang adalah perubahan status mental dan defisit memori atau persepsi visual.^{9,11}

Studi yang dilakukan (Muldoon, 2023) meneliti terkait faktor resiko dari preeklamsia, terdapat 2296 ibu hamil yang diteliti, faktor resiko maternal yang paling kuat adalah riwayat preeklamsia atau eklamsia pada kehamilan sebelumnya, yang dapat meningkatkan risiko hingga 2–8 kali lipat dibandingkan wanita tanpa riwayat tersebut. Selain itu, kehamilan pertama (primigravida) merupakan kondisi yang paling sering terkait dengan kejadian preeklamsia, terutama jika disertai jarak antar kehamilan lebih dari 10 tahun. Usia ibu yang terlalu muda (<20 tahun) atau lebih tua (>35 tahun), serta ras tertentu seperti ras Afrika atau Asia Selatan, juga meningkatkan kerentanan terhadap gangguan ini. Pada kasus tersebut faktor risiko berupa primigravida, kondisi usia ibu yang terlalu muda serta kontrol antenatal yang tidak optimal berkaitan dengan kejadian eklamsia. Primigravida merupakan risiko tertinggi karena respons imun ibu terhadap trofoblas plasenta yang belum pernah terpapar, memicu disregulasi imun dan angiogenik.^{9,10,15}

Timbulnya kejang eklamsia dapat terjadi pada periode antepartum, intrapartum, atau postpartum. Kelima kasus dalam laporan ini menunjukkan variasi waktu terjadinya eklamsia, serta perbedaan klinis mulai dari gangguan kesadaran berat hingga keluhan neurologis lebih ringan sebelum kejang. Meskipun definisi tersebut mencakup gejala dan tanda setelah 20 minggu kehamilan, hampir semua kasus eklamsia antepartum akan terjadi setelah 28 minggu kehamilan.^{9,11}

Secara historis, preeklamsia dan eklamsia diyakini terjadi hanya dalam waktu 48 jam setelah melahirkan. Namun, data retrospektif yang mengevaluasi waktu eklamsia pascapersalinan pada 29 wanita menemukan bahwa 79% mengalami kejang yang terjadi pada akhir persalinan (>48 jam setelah melahirkan) Eklamsia pascapersalinan akhir dapat terjadi >48 jam tetapi <6 minggu setelah

persalinan. Berdasarkan (Bartal, 2022) merekomendasikan bahwa setelah melahirkan, setiap wanita dengan kejang >48 jam setelah melahirkan yang hipertensi atau memiliki proteinuria atau gejala preeklampsia harus dianggap eklampsia, sementara penyebab lainnya disingkirkan.¹²

Pendekatan pertama pada pasien dengan eklampsia adalah mencegah komplikasi yang berhubungan dengan jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi. Selanjutnya, penatalaksanaan berfokus untuk mencegah kejang dengan penggunaan magnesium sulfat. Kadar magnesium serum memerlukan pemantauan jika terjadi disfungsi ginjal atau jika tidak ada refleksi. Tanda pertama toksisitas magnesium adalah hilangnya refleksi patela. Oleh karena itu, Antidotum (kalsium glukonat 10% IV) harus tersedia sebelum pemberian magnesium sulfat. Pada kasus tekanan darah tinggi (sistolik ≥ 160 mmHg dan/atau diastolik ≥ 110 mmHg) obat antihipertensi harus diberikan secara hati-hati. Tekanan darah harus diturunkan ke kisaran yang aman tetapi pada saat yang sama hindari hipotensi yang signifikan. Selanjutnya, penanganan definitif eklampsia adalah melahirkan janin segera setelah kondisi wanita stabil. persalinan segera dilakukan setelah stabilisasi ibu^{2,4,12,11,13}

Waktu persalinan pada wanita eklampsia memerlukan stabilisasi dan persalinan dalam waktu 12 jam. Wanita dengan preeklampsia dengan ciri parah harus dilahirkan pada usia kehamilan 34 minggu. Bagi mereka dengan preeklampsia tanpa ciri parah, manajemen konservatif dapat dilakukan dan wanita tersebut melahirkan antara minggu ke-34 dan ke-37 dengan praktik di sebagian besar pusat adalah minggu ke-34, ke-36 atau ke-37. Baru-baru ini, uji coba kontrol acak yang dilakukan di Zambia dan India menunjukkan bahwa persalinan yang direncanakan antara 34 dan 36 minggu menghasilkan penurunan risiko hipertensi berat ibu dan lahir mati tanpa peningkatan penerimaan unit neonatal atau morbiditas.¹³

Penanganan eklampsia menggunakan pendekatan berbasis tim yang melibatkan dokter kandungan, ahli anestesi, perawat persalinan dan melahirkan. Wanita penderita eklampsia hanya boleh dirawat di rumah sakit dengan ICU medis yang memadai. Tindakan untuk menangani eklampsia meliputi perawatan darurat selama kejang untuk memastikan kesehatan dan keselamatan ibu dan janin, pengobatan untuk menghentikan kejang eklampsia dan kekambuhannya, dan obat antihipertensi untuk mengendalikan krisis hipertensi. Penanganan definitif eklampsia adalah melahirkan janin segera setelah kondisi wanita stabil. Oleh karena itu, wanita penderita eklampsia memerlukan konsultasi obstetrik segera dan perawatan di unit persalinan dan melahirkan yang dilengkapi peralatan. Jika ada risiko kelahiran prematur atau gangguan janin, konsultasi dengan dokter anak atau neonatologis juga diperlukan. Pemberian cairan harus disesuaikan dengan penilaian klinis dan, jika tersedia, pengukuran hemodinamik noninvasif, seperti USG paru, ekokardiografi transtoraks, atau monitor bentuk gelombang denyut nadi.^{8,11}

Kasus-kasus yang disajikan menunjukkan adanya variasi waktu (antepartum, intrapartum, postpartum). Penekanan pentingnya kontrol antenatal yang lengkap dan pengenalan dini terkait tanda bahaya serta manifestasi gejala yang muncul seperti nyeri kepala berat, gangguan penglihatan, mual, muntah, nyeri epigastrium, hipertensi dan kejang sangat penting untuk mempercepat penanganan.

Penanganan awal berupa stabilisasi dan pemberian magnesium sulfat sebagai terapi utama untuk mengatasi kejang perlu dilakukan sesuai protokol. Kontrol tekanan darah dan stabilisasi kondisi ibu merupakan bagian penting dari tatalaksana awal. Perencanaan terminasi kehamilan perlu dilakukan berdasarkan kondisi maternal dan fetal, serta pemantauan postpartum tetap diperlukan untuk menghindari kejadian eklampsia

postpartum. Temuan pada seri klinis ini diharapkan dapat meningkatkan kesadaran akan pentingnya merencanakan, deteksi awal hingga persiapan persalinan pada ibu hamil dalam rangka mencegah naiknya angka kematian ibu dan bayi, serta menekan luaran yang buruk.

KESIMPULAN

Wanita primigravida, usia muda dengan kontrol antenatal yang tidak optimal memiliki risiko tinggi mengalami eklampsia. Stabilisasi cepat, magnesium sulfat, terapi antihipertensi yang sesuai, dan persalinan tepat waktu sangat penting untuk mengoptimalkan luaran ibu dan bayi. Penguatan edukasi antenatal dan pemantauan tekanan darah dapat membantu mencegah komplikasi yang berat serta menurunkan angka mortalitas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Das R, Biswas S. Eclampsia: The major cause of maternal mortality in eastern India. *Ethiop J Health Sci* 2015;25(2):111.
2. Engler BrendaM, Harvey ScottA, Vaught ArthurJ, editors. *Fundamental Critical Care Support: Obstetrics*. 2nd ed. United States : Society of Critical Care Medicine, 2022;
3. Bahri S, Suheimi D. Severe preeclampsia-eclampsia and their associated factors. *Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology* 2019;92–96.
4. Vousden N, Lawley E, Seed PT, et al. Incidence of eclampsia and related complications across 10 low- and middle-resource geographical regions: Secondary analysis of a cluster randomised controlled trial. *PLoS Med* 2019;16(3):e1002775.
5. Lumentut AM, Tendean HMM. Luaran Maternal dan Perinatal pada Preeklampsia Berat dan Eklampsia. *JURNAL BIOMEDIK (JBM)* 2021;13(1):18.
6. Jones-Muhammad M, Shao Q, Cain-Shields L, Shaffery JP, Warrington JP. Acid Sensing Ion Channel 2a Is Reduced in the Reduced Uterine Perfusion Pressure Mouse Model and Increases Seizure Susceptibility in Pregnant Mice. *Cells* 2021;10(5):1135.
7. Ives CW, Sinkey R, Rajapreyar I, Tita ATN, Oparil S. Preeclampsia—Pathophysiology and Clinical Presentations. *J Am Coll Cardiol* 2020;76(14):1690–1702.
8. Autry AM, Petersen SM. What Is New in Global Women's Health? (Part 2). *Obstetrics & Gynecology* 2017;129(2):377–379.
9. Muldoon KA, McLean C, El-Chaár D, et al. Persisting risk factors for preeclampsia among high-risk pregnancies already using prophylactic aspirin: a multi-country retrospective investigation. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2023;36(1).
10. Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology* 2020;135(6):e237–e260.
11. Katsi V, Svikkou A, Dima I, Tsioufis K. Diagnosis and Treatment of Eclampsia. *J Cardiovasc Dev Dis* 2024;11(9):257.
12. Fishel Bartal M, Sibai BM. Eclampsia in the 21st century. *Am J Obstet Gynecol* 2022;226(2):S1237–S1253.
13. Ngene NC, Moodley J. Preventing maternal morbidity and mortality from preeclampsia and eclampsia particularly in low- and middle-income countries. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2024;94:102473.
14. Dahliana, A., Maisarah Rasyidah, U., Rizky Fernanda, A., & Damayanti, N. (2023). PERBANDINGAN JUMLAH TROMBOSIT PRIMIGRAVIDA DENGAN MULTIGRAVIDA PADA KEJADIAN PREEKLAMPSIA DI RUMAH SAKIT IBNU SINA GRESIK PERIODE TAHUN 2019 – 2021. *Medika*

*Alkhairaat: Jurnal Penelitian Kedokteran
Dan Kesehatan*, 5(2), 97-102.

<https://doi.org/10.31970/ma.v5i2.132>

15. Nirmalasari, N., Faridnan, & Suciatty, S. (2019). GAMBARAN PENDERITA EKLAMPSIA YANG DIRAWAT DI ICU RSU ANUTAPURA DAN RSUD UNDATA PALU PERIODE TAHUN 2015 - 2017. *Medika Alkhairaat: Jurnal Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan*, 1(2), 74-81.
<https://doi.org/10.31970/ma.v1i2.31>