



**PANDUAN PRAKTIK
KLINIS (PPK)
KSM OBSTETRI DAN
GYNEKOLOGI
TATA LAKSANA KASUS
RSUD ARIFIN ACHMAD
PROVINSI RIAU**

Pekanbaru, April 2024
Ditetapkan,

**DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD
PROVINSI RIAU**

drg. Wan Fajriatul Mamnunah, Sp.KG
NIP. 19780618 200903 2 001

HAMIL DENGAN HIPERTIROID

1. Pengertian (definisi)	Hipertiroid perlu dibedakan dengan tirotoksikosis. Tirotoksikosis ialah manifestasi klinis kelebihan hormon tiroid yang beredar dalam sirkulasi, sedangkan hipertiroid adalah tirotoksikosis yang diakibatkan oleh kelenjar tiroid yang hiperaktif. (Djokomeljanto 2009)
2. Anamnesis dan pemeriksaan fisik	<div>1. Umum<ul style="list-style-type: none">oTahan hawa panas (<i>heat intolerance</i>)oHiperkinesisoKehilangan berat badanoHiperdefekasi</div> <div>2. Gastrointestinal<ul style="list-style-type: none">oHiperemesis gravidarum beratoDisfagiaoSplenomegalioOligomenoreaoAmenorea</div> <div>3. Muskular<ul style="list-style-type: none">oRambut rontokoBerkeringatoKulit basah</div> <div>4. Psikis<ul style="list-style-type: none">olabiloiritabelopsikosisotremoropalpitasioaritmia</div> <div>5. Oftalmopatia (manifestasi-nya antara lain eksoftalmus),</div> <div>6. Hiperkinesis</div> <div>(Najoan 2006 ,Martin 2007, Djokomeljanto 2009, Kenyon 2011)</div>

3. Pemeriksaan laboratorium	<ul style="list-style-type: none"> - Penurunan nilai TSH serum Serum TSH menurun pada trimester pertama kehamilan normal sebagai respon fisiologis terhadap stimulasi efek hCG pada reseptor TSH dengan puncak hCG antara 7 dan 11 minggu kehamilan. Serum TSH dapat turun sampai serendah 0,03 mIU/mL (atau bahkan tidak terdeteksi) dengan batas atas 2,5 mIU/mL pada trimester pertama dan 3,0 mIU/mL pada trimester kedua dan ketiga. + Setiap nilai serum TSH yang subnormal harus dievaluasi dengan serum FT4. Diagnosis hipertiroidisme klinis adalah menurunnya serum TSH dan meningkatnya FT4 - Kenaikan T4 serum 25-45 % dan 5-12 mg % menjadi 9-16 % - Total T3 meningkat kira-kira 30 % pada trimester I, dan 50-65 % pada trimester II dan III.
4. Diagnosis	Hipertiroid
5. Diagnosis Banding	
6. Terapi	<p>Managemen hipertiroid gestasional :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengelolaan wanita dengan hipertiroidisme gestasional tergantung pada keparahan gejala. - Pada wanita dengan hiperemesis gravidarum, kontrol muntah dan pengobatan dehidrasi dengan cairan intravena - Wanita dengan hiperemesis gravidarum berat membutuhkan rawat inap untuk pengelolaan gangguan dehidrasi dan elektrolit. - Antitiroid obat (ATDs) tidak dianjurkan, karena T4 serum kembali normal pada 14-18 minggu kehamilan. - Bila penghentian terapi ATDs , hipertiroid kembali muncul, maka diagnosanya adalah graves hipertiroid dan diperlukan terapi lanjutan (ATA 2011) <p>Penatalaksanaan</p> <p>Pengobatan hipertiroid ada 5 prinsip (ATA 2011, Kenyon 2011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Thionamides (propylthiouracil and carbimazole) 2. β-blockers 3. Iodides 4. Radioactive iodine 5. Surgery
7. Monitoring janin	Penilaian keajahteraan janin dilakukan dengan USG serial dilakukan

	<p>pada wanita dengan hipertiroid yang tidak terkontrol, kadar TSH reseptor antibody (TRAb) yang tinggi 3 kali nilai normal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. USG trimester I: <p>Pemeriksaan USG dilakukan untuk menilai :</p> <ul style="list-style-type: none"> oUsia kehamilan oAnatomi janin oMengetahui adanya malformasi oMengetahui adanya kelainan kongenital 2. USG trimester II dan III <p>Pemeriksaan USG dilakukan untuk :</p> <ul style="list-style-type: none"> oMenilai kesejahteraan janin oMenilai pertumbuhan janin oTanda hipertiroid pada janin adalah : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Takikardia janin (> 170x/m) ▪ Pertumbuhan janin terhambat ▪ Fetal goiter ▪ Tanda CHF ▪ Fetal hidrops 	
8. Badai Tiroid	<p>Pasien mungkin memiliki gejala ekstrim hipertiroidisme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palpitasi - Takikardia - Atrium fibrilasi ventrikel - Tekanan darah biasanya normal, meskipun tekanan nadi mungkin meningkat. - Shock - Demam <p>Pengobatan badai tiroid</p> <p>Tujuan pengobatan dalam badai tiroid adalah untuk</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengurangi produksi hormon tiroid 2. mengurangi efek dari hormon beredar. 3. Memberikan terapi supportive 4. Mengobati penyebab 	
9. Prognosis	<p>Ad vitam : dubia ad bonam/malam</p> <p>Ad sanationam : dubia ad bonam/malam</p> <p>Ad fumgsionam : dubia ad bonam/malam</p>	
10. Tingkat Evidens	I / II / III / IV	
11. Tingkat Rekomendasi	A / B / C	

12. Penelaah Kritis	
13. Indikator Medis	SPM RS, Permenkes
14. Kepustakaan	<ul style="list-style-type: none"> • ATA . Guideline of American Thyroid Assoiation for the Diagosis , and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum. 2011 • Cuningham GF, William Obstetric, Thyroid and other endocrine disorders ,chapter 53 Mc-Graww-Hills, New York :2010. • Chalik , Buku fetomaternal, Pertumbuahn janin terhambat , Himpunan Kedokteran Fetomaternal. Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia. Surabaya: 2006 • Djokomoeljanto, Ilmu Penyakit Dalam. Kelenjar Tiroid,Hipotiroidisme,dan hipertiroidisme. Cetakan ke 1. Internal Publishing Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam , Jakarta: 2009 • Kenyon Thyroid Disease . High Risk Pregnancy .chapter 45 pg .813-825. 2011 • Martin, Current Medical Diagnosis and Treatment,Thiroid disorders, chapter 24 Mc-Graww-Hills, Ney York:2006 • Najoan , Buku fetomaternal, Hipertiroid pada kehamilan, Himpunan Kedokteran Fetomaternal. Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia. Surabaya: 2006 • Penny S ,Thesis .Pregnancy related complication and hypothiroidism, California state University,Fullerton ,2010 • Saifuddin AB, Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal 4th ed, PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta: 2006