

**EVALUASI KETEPATAN PENGGUNAAN OBAT
ANTIHIPERTENSI PADA IBU HAMIL DENGAN PREEKLAMPSIA
DI RSIA SITI KHADIJAH 1 MUHAMMADIYAH MAKASSAR
PERIODE JANUARI – JUNI 2025**

FIRKAWATI



**PROGRAM STUDI FARMASI
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
UNIVERSITAS PANCASAKTI
MAKASSAR
2025**

SKRIPSI
EVALUASI KETEPATAN PENGGUNAAN OBAT ANTIHIPERTENSI
PADA IBU HAMIL DENGAN PREEKLAMPSIA DI RSIA SITTI
KHADIJAH 1 MUHAMMADIYAH MAKASSAR PERIODE
JANUARI – JUNI 2025

Disusun dan diajukan Oleh :

FIRKAWATI

520 24 011 144

Menyetujui

Tim Pembimbing,

Pembimbing Pertama

Pembimbing Kedua

Farid Fani Temarwut.,S.Farm., M.Biomed.,Apt

Andi Muhammad Farid.,S.Si.,M.Si.,Apt

Ketua Program Studi Farmasi

Farid Fani Temarwut.,S.Farm., M.Biomed.,Apt

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Firkawati

Stambuk : 520 24 011 144

Program Studi : Farmasi

Judul Skripsi : Evaluasi Ketepatan Penggunaan Obat Antihipertensi pada
Ibu Hamil dengan Preeklampsia di Rsia Sitti Khadijah 1
Muhammadiyah Makassar Periode Januari – Juni 2025

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa hasil penelitian yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti bahwa sebagian atau keseluruhan dari hasil penelitian ini merupakan hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 16 Desember 2025

Penyusun,

Firkawati

PRAKATA

Segala puji hanya untuk Allah atas segala nikmat pikiran yang diberikan untuk segala ilmu yang telah diberikan sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian dengan baik serta penulisan skripsi ini tepat waktu. Skripsi dengan judul “Evaluasi Ketepatan Penggunaan Obat Antihipertensi pada Ibu Hamil dengan Preeklampsia di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Januari – Juni 2025” disusun sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Farmasi pada Fakultas MIPA Universitas Pancasakti Makassar. Penulis menyadari bahwa ini adalah langkah awal dari belajar untuk terjun kemasyarakat nantinya.

Penghargaan yang setinggi-tingginya dan rasa terima kasih penulis persembahkan kepada kedua orang tua tercinta Bapak H.Dg. Massikki dan Ibu Alm. Hj. Bunga Tang atas segala perhatian, kasih sayang, doa restu serta pengorbanannya yang tak terhingga yang selama ini memberikan banyak motivasi kepada penulis untuk semangat dalam menuntut ilmu.

Segala rasa hormat, Penulis tak lupa mengucapkan banyak terima kasih kepada Bapak Farid Fani Temarwut.,S.Farm., M.Biomed.,Apt selaku dosen pembimbing I dan Bapak Andi Muhammad Farid.,S.Si.,M.Si.,Apt selaku dosen pembimbing II, yang selama ini membimbing kami dengan penuh antusias dan semangat sehingga kami bisa mengerti dan memahami skripsi tersebut.

Penyelesaian skripsi ini tentunya datang dari berbagai pihak yang selalu mendorong dan semangat. Penulis sadar akan banyak kendala yang ditemukan dalam menyelesaikan skripsi ini. Namun berkat motivasi, doa dan kontribusi dari berbagai pihak maka kendala tersebut dapat terlewati. Olehnya itu penulis mengucapkan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. Ampaulang S.E.,M.Si. selaku Rektor Universitas Pancasakti Makassar.
2. Bapak Apt. Drs. Abdul Muzakkir Rewa,, M.Si., selaku Dekan Fakultas MIPA
3. Bapak Farid Fani Temarwut,S.Farm.,M.Biomed.,Apt selaku Ketua Jurusan Farmasi Fakultas MIPA Pancasakti Makassar,
4. Bapak, Ibu Dosen, serta semua Staf Jurusan Farmasi atas curahan ilmu pengetahuan dan segala bantuan yang diberikan pada penulis sejak menempuh pendidikan farmasi hingga saat ini.
5. RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar sebagai tempat penulis melakukan penelitian, terutama kepada kepala ruang rekam medik yang telah memberi izin kepada penulis untuk mengambil data dan ikut serta membantu dalam pengumpulan data tersebut.

Akhir kata penulis dengan hormat dan kerendahan hati, penulis memohon maaf apabila terdapat kata-kata yang kurang berkenaan dalam penulisan skripsi ini dan semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Makassar, 16 Desember 2025

Penyusun,

Firkawati

DAFTAR PUSTAKA

SAMPUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	iii
PRAKATA.....	iv
DAFTAR PUSTAKA	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
ABSTRAK	xi
ABSTRACT	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Definisi Kehamilan	6
B. Definisi Hipertensi	7
C. Definisi Preeklampsia	8
D. Klasifikasi Hipertensi Kehamilan	9
E. Terapi Preeklampsia.....	10

F. Kerasionalan Penggunaan Obat	15
G. Rumah Sakit	17
H. Rekam Medis.....	19
BAB III METODE PENELITIAN.....	22
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	22
B. Waktu dan Tempat Penelitian	22
C. Populasi dan Teknik Sampling.....	23
D. Variabel Penelitian.....	24
E. Instrumen Penelitian.....	24
F. Alur Penelitian	25
G. Teknik Pengelohan Data.....	26
H. Analisis Data.....	26
I. Definisi Operasional.....	27
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	28
A. Hasil Penelitian	28
B. Pembahasan.....	34
BAB V PENUTUP.....	42
A. Kesimpulan	42
B. Saran.....	42
DAFTAR PUSTAKA	43
LAMPIRAN.....	45

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Klasifikasi Hipertensi.....	8
2. Presentase Karakteristik Ibu Hamil Preeklamsia	28
3. Presentase Penggunaan Obat Antihipertensi.....	31

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Skema Alur Penelitian.....	25
2. Diagram Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Usia	29
3. Diagram Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Usia Kehamilan....	29
4. Diagram Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Kadar Proteinuria .	30
5. Diagram Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Diagnosis.....	30
6. Diagram Penggunaan Obat Antihipertensi.....	31
7. Diagram Tepat Pasien	32
8. Diagram Tepat Indikasi.....	32
9. Diagram Tepat Obat.....	33
10. Diagram Tepat Dosis.....	33

DAFTAR LAMPIRAN

Lamp.	Halaman
1. Tabel Data Pasien.....	44
2. Tabel Tepat Pasien	45
3. Tabel Tepat Indikasi.....	46
4. Tabel Tepat Obat.....	47
5. Tabel Tepat Dosis	52
6. Surat Telah Menyelesaikan Penelitian	54
7. Dokumentasi	55

ABSTRAK

FIRKAWATI. Evaluasi Ketepatan Penggunaan Obat Antihipertensi pada Ibu Hamil dengan Preeklampsia di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Januari – Juni 2025 (dibimbing oleh **Farid Fani Temarwut** dan **Andi Muhammad Farid**)

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui ketepatan penggunaan obat antihipertensi pada ibu hamil dengan preeklampsia di RSIA Sitti Khadijah 1 Makassar Periode Januari-Juni 2025. Penelitian ini termasuk jenis penelitian deskriptif observasional dengan rancangan penelitian cross sectional dan menggunakan data retrospektif. Data retrospektif yang dimaksud yaitu berupa rekam medik pasien ibu hamil dengan preeklampsia. Penelitian dilakukan pada 27 pasien yang memenuhi kriteria inklusi. Analisis data yang dilakukan secara deskriptif dan dibandingkan dengan standar acuan PNPK tahun 2016. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien yang paling banyak mengalami preeklampsia berat di RSIA Sitti Khadijah 1 Makassar yaitu berada pada rentang usia dewasa awal 26-35 tahun (74,07%) berada pada trimester ketiga kehamilan (81,52%), serta evaluasi ketepatan penggunaan obat pada indikator tepat pasien 100%, ketepatan indikasi 100%, ketepatan obat 100% dan ketepatan dosis 100%. Antihipertensi yang digunakan yaitu golongan Calcium Channel Blocker (CCB) berupa Nifedipine. Kesimpulan dari penelitian ini yaitu karakteristik pasien yang mengalami preeklampsia berat berusia 26-35 tahun dengan usia kehamilan pada trimester ketiga serta evaluasi ketepatan penggunaan obat antihipertensi pada ibu hamil dengan preeklampsia menggunakan empat indikator semua mencapai 100% telah memenuhi standar PNPK tahun 2016.

Kata kunci : Preeklampsia, Antihipertensi, Efektivitas Terapi

ABSTRACT

FIRKAWATI. Evaluation of the Accuracy of Antihypertensive Drug Use in Pregnant Women with Preeclampsia at RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar for the Period January–June 2025 (supervised by **Farid Fani Temarwut** and **Andi Muhammad Farid**)

This study aims to determine the accuracy of antihypertensive drug use in pregnant women with preeclampsia at RSIA Sitti Khadijah 1 Makassar from January to June 2025. This study is a descriptive observational study with a cross-sectional design and uses retrospective data. The retrospective data referred to are medical records of pregnant women with preeclampsia. The study was conducted on 27 patients who met the inclusion criteria. Data analysis was performed descriptively and compared with the 2016 PNPk reference standard. The results showed that the majority of patients with severe preeclampsia at RSIA Sitti Khadijah 1 Makassar were in the early adult age range of 26-35 years (74.07%) and in the third trimester of pregnancy (81.52%). The evaluation of medication accuracy showed 100% accuracy in patient selection, 100% accuracy in indication, 100% drug accuracy, and 100% dose accuracy. The antihypertensive drug used was a calcium channel blocker (CCB) in the form of nifedipine. The conclusion of this study is that the characteristics of patients with severe preeclampsia aged 26-35 years with pregnancy in the third trimester, along with the evaluation of the appropriateness of antihypertensive drug use in pregnant women with preeclampsia using four indicators, all reached 100% and met the 2016 PNPk standards.

Keywords: Preeclampsia, Antihypertensive, Therapeutic Effectiveness

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hipertensi (tekanan darah tinggi) merupakan salah satu masalah kesehatan yang cukup serius di seluruh dunia, termasuk di Indonesia. Hipertensi pada ibu hamil merupakan kondisi yang sangat penting untuk diperhatikan karena dapat memberikan dampak buruk bagi kesehatan ibu dan janin yang dikandungnya. Komplikasi yang mungkin terjadi akibat hipertensi pada kehamilan termasuk preeklampsia, kelahiran prematur, pertumbuhan janin terhambat, bahkan kematian ibu maupun janin (Harahap 2024).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia sebesar 305 per 100.000 yang menjadikan Indonesia peringkat ke 14 di wilayah ASEAN. Penyebab utama kematian ibu adalah pendarahan, hipertensi dalam kehamilan dan infeksi, 32,26% disebabkan oleh tekanan darah tinggi yang menyebabkan kejang, keracunan kehamilan hingga menyebabkan kematian ibu (Lutfia, N., 2021).

Menurut data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2022, penyebab utama ibu sakit dan meninggal adalah hemoglobin rendah ($HB < 8 \text{ g\%}$), tekanan darah tinggi (tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg), pembengkakan (oedema), preeklampsia, pendarahan, dan infeksi berat. Pada tahun 2022, jumlah penderita hipertensi di Sulawesi Selatan mencapai 25,06%. Pelayanan kesehatan untuk hipertensi tertinggi ada di Kabupaten Bantaeng (100%) dan Kabupaten Pinrang (87,67%). Di Kota Makassar, penyebab kematian ibu hamil

terbesar kedua adalah hipertensi kehamilan, yaitu sebesar 33,3%. Penyebab utamanya adalah pendarahan, dengan persentase 42,4%.

Persatuan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI) merekomendasikan pemberian antihipertensi pada preeklampsia pilihan pertama adalah nifedipin oral *short acting*, hidralizin dan labetolol parenteral serta alternatif pemberian antihipertensi yang lain adalah nitrogliserin, metildopa dan labetolol. Terapi antihipertensi pada kehamilan harus memiliki perhatian khusus karena dapat mempengaruhi baik ibu maupun janinnya, serta dapat berkembang menjadi eklampsia (preeklampsia disertai kejang). Pemilihan obat yang digunakan harus aman, efektif, dan rasional untuk menghasilkan efek yang diinginkan. Terapi dengan obat pada masa kehamilan memerlukan perhatian khusus karena ancaman efek teratogenik obat dan perubahan fisiologis pada ibu sebagai respon terhadap kehamilan. Obat dapat menembus sawar plasenta dan masuk ke dalam sirkulasi darah janin (Maisarah,R.H. 2021).

Pemilihan obat-obatan selama kehamilan harus mempertimbangkan rasio manfaat dan risiko bagi ibu maupun janin untuk menghasilkan terapi yang aman dan rasional (Maisarah,R.H. 2021). Pada penelitian yang dilakukan oleh Febi (2024) tentang Evaluasi Ketepatan Penggunaan Obat Antihipertensi Pada Ibu Hamil dengan Preeklampsia Periode Januari – Desember 2022 di RSUD Madising Kabupaten Pinrang yang dilakukan terhadap 39 rekam medik ibu hamil dengan preeklampsia didapatkan hasil yaitu ketepatan pasien sebesar 97,44%, ketepatan indikasi sebesar 97,44%, ketepatan obat sebesar 87,44%, ketepatan dosis sebesar 97,44% dan ketepatan interval pemberian sebesar 100%. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa masih terdapat ketidakrasionalan penggunaan obat antihipertensi pada pasien

preeklampsia. Sedangkan pada penelitian yang dilakukan oleh Andriana dan Dorothea Dwi (2018) tentang Evaluasi Penggunaan Obat Antihipertensi Pada Pasien Preklampsia Rawat Inap di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto di dapatkan hasil penelitian dari 85 sampel menunjukkan mayoritas pasien preeklampsia berusia 21-35 tahun (57,65%) dengan usia kehamilan pada 36-43 minggu (68,24%), dengan diagnosis pre-eklampsia berat (69,41%). Antihipertensi yang banyak digunakan berupa monoterapi nifedipin (64,71%). Persentase kesesuaian antihipertensi menghasilkan 91,76% tepat indikasi; 87,18% tepat obat; 98,72% tepat pasien dan 100% tepat dosis, dengan persentase kerasionalan penggunaan antihipertensi adalah 77,65%. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa masih terdapat ketidakrasionalan penggunaan obat antihipertensi pada pasien preeklampsia RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

Terdapat beberapa kasus dimana penggunaan obat antihipertensi pada ibu hamil tidak selalu tepat dan sesuai dengan pedoman yang berlaku. Beberapa faktor yang mempengaruhi ketepatan penggunaan obat antihipertensi pada ibu hamil antara lain kurangnya pengetahuan dan kesadaran tenaga medis mengenai risiko dan manfaat obat antihipertensi selama kehamilan, ketidaktersediaan alternatif pengobatan yang lebih aman untuk ibu hamil, serta tantangan dalam mengelola hipertensi yang mungkin terjadi pada ibu hamil (Data Primer, 2025).

Berdasarkan latar belakang di atas, mendorong pentingnya penelitian dalam evaluasi ketepatan penggunaan obat antihipertensi pada pasien ibu hamil dengan preeklampsia di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar berdasarkan tepat pasien, tepat indikasi, tepat obat dan tepat dosis. Dalam penelitian ini diharapkan

dapat memberikan informasi yang lengkap terkait informasi obat dan masalah ketidaktepatan penggunaan obat yang bisa terjadi dalam terapi pengobatan.

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimana gambaran penggunaan obat antihipertensi pada pasien ibu hamil dengan preeklampsia di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Januari – Juni 2025 berdasarkan Panduan Nasional Praktik Klinis (PNPK) Preeklampsia yang diterbitkan oleh Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI) Tahun 2016.
2. Apakah penggunaan obat antihipertensi pada pasien ibu hamil dengan preeklampsia di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Januari – Juni 2025 berdasarkan Panduan Nasional Praktik Klinis (PNPK) sudah memenuhi kriteria ketepatan indikasi, ketepatan pasien, ketepatan obat dan ketepatan dosis.

C. Tujuan Penelitian

1. Mengetahui gambaran penggunaan obat antihipertensi pada pasien ibu hamil dengan preeklampsia di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Januari – Juni 2025 berdasarkan Panduan Nasional Praktik Klinis (PNPK) Preeklampsia yang diterbitkan oleh Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI) Tahun 2016.
2. Mengetahui ketepatan penggunaan obat antihipertensi pada pasien ibu hamil dengan preeklampsia di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Januari – Juni 2025

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan wawasan tentang peresepan pengobatan yang diberikan kepada pasien preeklampsia yang rasional.

2. Bagi Rumah Sakit

Memberikan gambaran penggunaa obat antihipertensi dan gambaran peresepan obat yang rasional kepada pasien preeklampsia di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar sehingga diperoleh obat yang efektif dan aman.

3. Bagi Ibu dan Bayi

Secara langsung dan tidak langsung dapat menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya kelahiran normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari). Kehamilan ini dibagi menjadi atas 3 trimester, yaitu kehamilan trimester pertama mulai 0-14 minggu, kehamilan trimester kedua mulai 14-28 minggu, dan kehamilan trimester ketiga mulai 28-42 minggu (Eka Via dan Putri Ningsih, 2024; FOGI, 2016). Proses kehamilan menurut Eka Via dan Putri Ningsih (2024), dapat dibagi menjadi 2 proses, yaitu :

1. Fertilisasi

Fertilisasi atau pembuahan terjadi saat oosit sekunder yang mengandung ovum dibuahi oleh sperma atau terjadi penyatuan ovum dan sperma. Penetrasi zona pelusida memungkinkan terjadinya kontak antara spermatozoa dan membran oosit. Membran sel germinal segera berfusi dan sel sperma berhenti bergerak. Tiga peristiwa penting terjadi dalam oosit akibat peningkatan kadar kalsium intraseluler yang terjadi pada oosit saat terjadi fusi antara membran sperma dan sel telur. Ketiga peristiwa tersebut adalah blok primer terhadap polispermia, reaksi kortikal dan blok sekunder terhadap polispermia. Setelah masuk ke dalam sel telur, sitoplasma sperma bercampur dengan sitoplasma sel telur dan membran inti (nukleus) sperma pecah. Pronukleus laki-laki dan perempuan terbentuk (zigot). Sekitar 24 jam setelah fertilisasi, kromosom

memisahkan diri dan pembelahan sel sperma terjadi (Eka Via dan Putri Ningsih, 2024).

2. Nidasi

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium. Blastula diselubungi oleh suatu simpai, disebut trofoblast, yang mampu menghancurkan atau mencairkan jaringan. Ketika blastula mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada dalam fase sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung nutrisi untuk buah kehamilan. Blastula dengan bagian yang berisi massa sel dalam (inner cell mass) akan mudah masuk ke dalam desidua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Itulah sebabnya kadang-kadang pada saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua yang disebut dengan tanda Hartman. Umumnya nidasi terjadi pada dinding depan atau belakang rahim (korpus) dekat fundus uteri (Handayani, 2021).

B. Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah tekanan darah sekurang-kurangnya 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama. Definisi hipertensi berat adalah peningkatan tekanan darah sekurang-kurangnya 160 mmHg sistolik atau 110 mmHg diastolik (POGI, 2016). Peningkatan tekanan darah yang berlangsung dalam jangka waktu lama dapat menyebabkan kerusakan pada ginjal, jantung, dan otak bila tidak dideteksi secara dini dan mendapat pengobatan yang memadai (Zaenurrohman, 2017).

Adapun pembagian derajat keparahan hipertensi menurut A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension (2013) yang merupakan salah satu dasar penentuan tata laksana hipertensi adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	Dan	< 80
Normal	120-129	dan/atau	80-84
Normal Tinggi	130-139	dan/atau	85-89
Hipertensi Derajat 1	140-159	dan/atau	90-99
Hipertensi Derajat 2	160-179	dan/atau	100-109
Hipertensi Derajat 3	≥ 180	dan/atau	≥ 110
Hipertensi Sistolik Terisolasi	≥ 140	Dan	< 90

Sumber : PERKI, 2016

C. Definisi Preeklampsia

Preeklampsia merupakan kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan adanya disfungsi plasenta dan respon maternal terhadap adanya inflamasi sistemik dengan aktivasi endotel dan koagulasi. Diagnosis preeklampsia ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi spesifik yang disebabkan kehamilan disertai dengan gangguan sistem organ lainnya pada usia kehamilan diatas 20 minggu. Preeklampsia, sebelumnya selalu didefinisikan dengan adanya hipertensi dan proteinuria yang baru terjadi pada kehamilan (new onset hypertension with proteinuria). Meskipun kedua kriteria ini masih menjadi definisi klasik preeklampsia, beberapa wanita lain menunjukkan adanya hipertensi disertai gangguan multisistem lain yang menunjukkan adanya kondisi berat dari preeklampsia meskipun pasien tersebut tidak mengalami proteinuria. Sedangkan,

untuk edema tidak lagi dipakai sebagai kriteria diagnostik karena sangat banyak ditemukan pada wanita dengan kehamilan normal (POGI, 2016).

D. Klasifikasi Hipertensi Kehamilan

Klasifikasi hipertensi kehamilan yang banyak digunakan saat ini adalah klasifikasi hipertensi kehamilan menurut American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2020), yaitu :

1. Hipertensi Kronis

Terjadi sebelum kehamilan atau tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg sebelum usia kehamilan 20 minggu pada 2 kali pemeriksaan tekanan darah dengan selang waktu 6 jam.

2. Hipertensi Gestasional

Hipertensi gestasional paling sering ditandai dengan peningkatan tekanan darah setelah usia 20 minggu kehamilan, sering dalam waktu dekat, tetapi tidak disertai dengan adanya proteinuria. Hipertensi gestasional yang gagal ditangani dapat menjadi hipertensi kronis. Dengan demikian, hipertensi gestasional harus cepat ditindak lanjuti dan diberi pengobatan preventif sebelum menjadi hipertensi kronis.

3. Preeklampsia-Eklampsia

Preeklampsia dan eklampsia terjadi setelah 20 minggu kehamilan atau lebih. Eklampsia terjadi karena preeklampsia yang terlambat ditangani dan sampai terjadi kejang. Sedangkan preeklampsia dapat diklasifikasikan menjadi :

- a. Preeklampsia ringan: Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg disertai proteinuria ≥ 300 mg/24 jam, atau pemeriksaan dipstick $\geq 1+$.
 - b. Preeklampsia berat: Tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg disertai proteinuria ≥ 5 g/24 jam atau pemeriksaan dipstick $\geq 3+$.
4. Hipertensi Kronis dengan Preeklampsia-Eklampsia (Superimposed Superimposed)

Superimposed preeclampsia adalah hipertensi kronis yang diikuti dengan proteinuria. Proteinuria dengan jumlah ≥ 300 mg/24 jam, pada perempuan hipertensif, tetapi tidak ditemukan proteinuria sebelum kehamilan 20 minggu. Peningkatan proteinuria secara tiba-tiba atau tekanan darah atau hitung trombosit $< 100.000/\mu\text{L}$ pada perempuan yang mengalami hipertensi dan proteinuria sebelum kehamilan 20 minggu.

E. Terapi Preeklampsia

Penatalaksanaan terapi preeklampsia menurut Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI) tahun 2016 dalam Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) tentang Diagnosis dan Tata Laksana Preeklampsia adalah sebagai berikut:

1. Pemberian Magnesium Sulfat untuk Mencegah Kejang

Antikonvulsan yang digunakan untuk preeklampsia dan eklampsia adalah MgSO_4 , antikonvulsan digunakan untuk mencegah dan mengatasi kejang, serta sistem kerjanya mirip dengan antagonis kalsium. Magnesium sulfat merupakan Drug Of Choice untuk mencegah serangan kejang yang lebih lanjut pada keadaan eklampsia yang sudah ditegakkan diagnosisnya. Penelitian

diperlihatkan bahwa pemberian magnesium sulfat lebih efektif daripada pemberian diazepam atau fenitoin dalam pencegahan kejang yang rekuren dan pemberian obat ini disertai dengan jumlah kematian ibu yang lebih sedikit. Magnesium mengatasi serangan eklampsia dengan mengurangi spasme pembuluh darah serebral sehingga perfusi serebral diperbaiki. Magnesium sulfat awalnya diberikan 4 g MgSO₄ 40% dalam 100 cc NaCl : habis dalam 30 menit (73 tts/menit). Selanjutnya diberikan 6 gr MgSO₄ 40% dalam 500 cc Ringer Laktat selama 6 jam : (28 tts/menit (POGI, 2016)).

2. Antihipertensi

Antihipertensi direkomendasikan pada preeklampsia dengan hipertensi berat, atau tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg atau diastolik ≥ 110 mmHg. Target penurunan tekanan darah adalah sistolik < 160 mmHg dan diastolik < 110 mmHg. Indikasi utama pemberian obat antihipertensi pada kehamilan adalah untuk keselamatan ibu dalam mencegah penyakit serebro vaskular (POGI, 2016).

Golongan obat antihipertensi yang digunakan dalam penatalaksanaan preeklampsia adalah :

a. Calcium Channel Blocker (CCB)

Nifedipin merupakan salah satu calcium channel blocker yang sudah digunakan sejak dekade terakhir untuk mencegah persalinan preterm (tokolisis) dan sebagai antihipertensi. Berdasarkan RCT, penggunaan nifedipin oral menurunkan tekanan darah lebih cepat dibandingkan labetalol intravena, kurang lebih 1 jam setelah awal pemberian. Nifedipin

selain berperan sebagai vasodilator arteriolar ginjal yang selektif dan bersifat natriuretik, dan meningkatkan produksi urin. Dibandingkan dengan labetalol yang tidak berpengaruh pada indeks kardiak, nifedipin meningkatkan indeks kardiak yang berguna pada preeklampsia berat. Regimen yang direkomendasikan adalah 10 mg kapsul oral, diulang tiap 15 – 30 menit, dengan dosis maksimum 30 mg. Penggunaan berlebihan calcium channel blocker dilaporkan dapat menyebabkan hipoksia janin dan asidosis. Hal ini disebabkan akibat hipotensi relatif setelah pemberian calcium channel blocker. Nikardipin merupakan calcium channel blocker parenteral, yang mulai bekerja setelah 10 menit pemberian dan menurunkan tekanan darah dengan efektif dalam 20 menit (lama kerja 4 - 6 jam). Efek samping pemberian nikardipin tersering yang dilaporkan adalah sakit kepala. Dibandingkan nifedipin, nikardipin bekerja lebih selektif pada pembuluh darah di miokardium, dengan efek samping takikardia yang lebih rendah. Laporan yang ada menunjukkan nikardipin memperbaiki aktivitas ventrikel kiri dan lebih jarang menyebabkan iskemia jantung. Dosis awal nikardipin yang dianjurkan melalui infus yaitu 5 mg/jam, dan dapat dititrasi 2.5 mg/jam tiap 5 menit hingga maksimum 10 mg/jam atau hingga penurunan tekanan arterial rata – rata sebesar 25% tercapai. Kemudian dosis dapat dikurangi dan disesuaikan sesuai dengan respon.

b. Agonis Reseptor α_2 Sentral

Atenolol merupakan beta-blocker kardioselektif (bekerja pada reseptor P1 dibandingkan P2). Atenolol dapat menyebabkan pertumbuhan janin terhambat, terutama pada digunakan untuk jangka waktu yang lama selama kehamilan atau diberikan pada trimester pertama, sehingga penggunaannya dibatasi pada keadaan pemberian anti hipertensi lainnya tidak efektif. Berdasarkan Cochrane database penggunaan beta-blocker oral mengurangi risiko hipertensi berat (RR 0.37; 95% CI 0.26-0.53; 11 studi; n = 1128 wanita) dan kebutuhan tambahan obat antihipertensi lainnya (RR 0.44; 95% CI 0.31-0.62; 7 studi; n = 856 wanita). Beta-blocker berhubungan dengan meningkatnya kejadian bayi kecil masa kehamilan (RR 1.36; 95% CI 1.02-1.82; 12 studi; n = 1346 wanita). Metildopa, agonis reseptor alfa yang bekerja di sistem saraf pusat, adalah obat antihipertensi yang paling sering digunakan untuk wanita hamil dengan hipertensi kronis. Digunakan sejak tahun 1960, metildopa mempunyai safety margin yang luas (paling aman). Walaupun metildopa bekerja terutama pada sistem saraf pusat, namun juga memiliki sedikit efek perifer yang akan menurunkan tonus simpatis dan tekanan darah arteri. Frekuensi nadi, cardiac output, dan aliran darah ginjal relatif tidak terpengaruh. Efek samping pada ibu antara lain letargi, mulut kering, mengantuk, depresi, hipertensi postural, anemia hemolitik dan drug-induced hepatitis (POGI, 2016). Metildopa biasanya dimulai pada dosis 250-500 mg per peroral 2 atau 3 kali sehari, dengan dosis maksimum 3 g

per hari. Efek obat maksimal dicapai 4-6 jam setelah obat masuk dan menetap selama 10- 12 jam sebelum diekskresikan lewat ginjal. Alternatif lain penggunaan metildopa adalah intra vena 250-500 mg tiap 6 jam sampai maksimum 1 g tiap 6 jam untuk krisis hipertensi. Metildopa dapat melalui plasenta pada jumlah tertentu dan disekresikan di Air Susu Ibu (ASI) (POGI, 2016).

3. Kortikosteroid

Pada preeklampsia berat pemberian kortikosteroid hanya di berikan pada kehamilan < 34 minggu dengan tujuan untuk mematangkan paru paru pada janin. Pemberian kortikosteroid perlu di pertimbangkan terutama untuk pematangan, meningkatkan kadar trombosit dan memperbaiki fungsi hepar. Pada kelahiran prematur (kehamilan kurang dari 37 minggu) membawa resiko disfungsi pernafasan pada neonatus karena produksi surfaktan tidak cukup pada paru-paru dan janin. Pada pemberian kortikosteoid sebelum paru matang akan memberikan efek berupa peningkatan sintesis fosfolipid surfaktan pada sel pneumosit tipe II dan memperbaiki tingkat maturitas paru. Kortikosteoid bekerja dengan menginduksi enzim lipogenik yang dibutuhkan dalam proses sintesis fosfolipid surfaktan dan konversi fosfatidoklonin tidak tersaturasi menjadi fosfattidokloin tersaturasi, serta menstimulasi produksi antioksidan dan protein surfaktan. Kortikosteoid selain dilakukan untuk pematang paru pada janin tetapi juga digunakan untuk terapi pada ibu yang mengalami sindrom Hemolysis Elevated Liver Enzymes Low Platelet (HELLP) (POGI, 2016).

F. Kerasionalan Penggunaan Obat

Penggunaan obat di sarana pelayanan kesehatan umumnya belum rasional. Penggunaan obat yang tidak tepat ini dapat berupa penggunaan berlebihan, penggunaan yang kurang dari seharusnya, kesalahan dalam penggunaan resep atau tanpa resep, polifarmasi, dan swamedikasi yang tidak tepat (WHO, 2010). Menurut Kementerian Kesehatan RI (2011), penggunaan obat dikatakan rasional jika memenuhi kriteria :

1. Tepat Diagnosis

Penggunaan obat disebut rasional jika diberikan dengan diagnosis yang tepat. Jika diagnosis tidak ditegakkan dengan benar, maka pemilihan obat akan terpaksa mengacu pada diagnosis yang keliru tersebut. Akibatnya obat yang diberikan juga tidak akan sesuai dengan indikasi yang seharusnya.

2. Tepat Pasien

Ketepatan pasien ialah ketepatan pemilihan obat yang mempertimbangkan keadaan pasien sehingga tidak menimbulkan kontraindikasi kepada pasien secara individu.

3. Tepat Indikasi

Penyakit Ketepatan indikasi dilihat dari ketepatan memutuskan pemberian obat yang sepenuhnya berdasarkan alasan medis dan terapi farmakologi benar-benar diperlukan (Tidak ada respon terhadap modifikasi gaya hidup). Setiap obat memiliki spektrum terapi yang spesifik. Antihipertensi, misalnya diindikasikan untuk menurunkan

tekanan darah. Dengan demikian, pemberian obat ini hanya dianjurkan untuk pasien yang memiliki tekanan darah tinggi.

4. Tepat Pemilihan

Pemberian obat dikatakan tepat apabila jenis obat yang dipilih berdasarkan pertimbangan manfaat dan risiko. Evaluasi ketepatan obat dinilai berdasarkan kesesuaian pemilihan obat dengan mempertimbangkan diagnosis yang tertulis dalam rekam medik dan dibandingkan dengan standar yang digunakan. Keputusan untuk melakukan upaya terapi diambil setelah diagnosis ditegakkan dengan benar. Dengan demikian obat yang dipilih harus yang memiliki efek terapi sesuai dengan spektrum penyakit.

5. Tepat Dosis

Kriteria tepat dosis yaitu tepat dalam frekuensi pemberian, dosis yang diberikan dan jalur pemberian obat kepada pasien. Dosis, cara dan lama pemberian obat sangat berpengaruh terhadap efek terapi obat. Pemberian dosis yang berlebihan, khususnya untuk obat yang dengan rentang terapi yang sempit akan sangat beresiko timbulnya efek samping. Sebaliknya dosis yang terlalu kecil tidak akan menjamin tercapainya kadar terapi yang diharapkan.

6. Tepat Cara Pemberian

Kriteria tepat cara pemberian obat harus dipastikan obat diberikan sesuai dengan cara yang diinstruksikan dan periksa pada label cara pemberian obat. Misalnya peroral (melalui mulut) sublingual (di bawah lidah), inhalasi (semprot aerosol) dll.

G. Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2019 tentang Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Menurut WHO rumah sakit merupakan organisasi yang terintegrasi berfungsi menyediakan pelayanan yang lengkap bagi masyarakat, merupakan pusat pendidikan yang lengkap bagi masyarakat bersifat kuratif, promotif, rehabilitatif maupun preventif.

2. Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan jenis pelayanannya, rumah sakit terdiri dari rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum memberi pelayanan kepada berbagai penderita dengan berbagai jenis kesakitan, memberikan pelayanan diagnosis dan terapi untuk berbagai kondisi medik, seperti penyakit dalam, bedah pediatrik, psikiatri, ibu dan sebagainya. Rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberi pelayanan diagnosis dan pengobatan untuk penderita dengan kondisi medik tertentu baik bedah maupun non bedah, seperti rumah sakit kanker, bersalin, psikiatri, pediatrik, rumah sakit rehabilitasi dan penyakit kronis. Rumah Sakit Umum Pemerintah Pusat dan Daerah di klasifikasikan menjadi rumah sakit umum kelas A, B, C dan D. Klasifikasi tersebut didasarkan pada unsur pelayanan, ketenagaan fisik, dan peralatan sebagai berikut :

- a. Rumah sakit umum kelas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisasi luas dan

subspesialistik luas. Rumah sakit umum kelas A mempunyai staff medis dan non medis yakni dokter (18 dokter umum, 4 dokter gigi umum, 6 dokter spesialis dasar, 3 dokter spesialis penunjang, 3 spesialis lain, 2 dokter subspesialis, 1 dokter spesialis gigi dan mulut), apoteker (1 apoteker kepala instalasi farmasi, 5 apoteker rawat jalan dan dibantu 10 tenaga teknis kefarmasian, 5 apoteker rawat inap dan dibantu 10 tenaga teknis kefarmasian, 1 apoteker instalasi gawat darurat dan dibantu 2 tenaga teknis kefarmasian, 1 apoteker penerimaan dan produksi, 1 apoteker kordinator produksi), jumlah perawat sesuai dengan jumlah kamar tidur rawat inap.

- b. Rumah sakit umum kelas B adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis sekurang-kurangnya 11 spesialistik dan subspesialistik terbatas. Rumah sakit umum kelas B mempunyai staff medis dan non medis yakni dokter (12 dokter umum, 3 dokter gigi umum, 3 dokter spesialis dasar, 2 dokter spesialis penunjang, 1 dokter spesialis lain, 1 dokter subspesialis, 1 dokter spesialis gigi dan mulut), apoteker (1 apoteker kepala instalasi farmasi, 4 apoteker rawat jalan dan dibantu 8 tenaga teknis kefarmasian, 4 apoteker rawat inap dan dibantu 8 tenaga teknis kefarmasian, 1 apoteker instalasi gawat darurat dan dibantu 2 tenaga teknis kefarmasian, 1 apoteker ICU dan dibantu 2 tenaga teknis kefarmasian, 1 apoteker penerimaan dan produksi, 1 apoteker kordinator produksi), jumlah perawat sesuai dengan jumlah kamar tidur rawat inap.

- c. Rumah sakit umum kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik dasar. Rumah sakit umum kelas C mempunyai staff medis dan non medis yakni dokter (9 dokter umum, 2 dokter gigi umum, 2 dokter spesialis dasar, 3 dokter spesialis penunjang, 1 dokter gigi spesialis gigi dan mulut), apoteker (1 apoteker kepala instalasi farmasi, 2 apoteker rawat jalan dan dibantu 4 tenaga teknis kefarmasian, 4 apoteker rawat inap dan dibantu 8 tenaga teknis kefarmasian, 1 apoteker penerimaan dan produksi merangkap pelayanan farmasi klinik di rawat inap dan rawat jalan), jumlah perawat yakni 2 perawat untuk 3 tempat tidur.
- d. Rumah sakit umum kelas D adalah rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik dasar. Rumah sakit umum kelas D mempunyai staff medis dan non medis yakni dokter (4 dokter umum, 1 dokter gigi umum, 1 dokter spesialis dasar), apoteker (1 apoteker kepala instalasi farmasi, 1 apoteker rawat jalan merangkap rawat inap dan dibantu 2 tenaga teknis kefarmasian, 1 apoteker penerimaan dan produksi merangkap pelayanan farmasi klinik di rawat inap dan rawat jalan), jumlah perawat yakni 2 perawat untuk 3 tempat tidur (Permenkes, 2024).

H. Rekam Medis

Dalam penjelasan pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran, yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah

diberikan kepada pasien. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749a/Menkes/XII/1989 tentang rekam medis dijelaskan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan atau dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan. Kedua pengertian rekam medis diatas menunjukkan perbedaan yaitu yaitu permenkes hanya menekankan pada sarana pelayanan kesehatan sedangkan dalam UU Praktik Kedokteran tidak. Ini menunjukkan pengaturan rekam medis pada UU Praktik Kedokteran lebih luas, berlaku baik untuk sarana kesehatan maupun di luar sarana kesehatan (Konsil Kedokteran Indonesia, 2020).

Adapun isi rekam medis adalah sebagai berikut :

1. Catatan, merupakan uraian tentang identitas pasien, pemeriksaan pasien, diagnosis, pengobatan tindakan, dan pelayanan lain baik yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi maupun tenaga kesehatan lainnya yang sesuai kompetennya.
2. Dokumen, merupakan kelengkapan dan catatan tersebut, antara lain foto *rontgen*, hasil laboratorium, dan keterangan lain sesuai kompetensi keilmuannya.

Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan, dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien. Membuat rekam medis bagi penyelenggara praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal. Berkas rekam medis pasien dapat dijadikan petunjuk dan

bahan untuk menetapkan pembiayaan dan pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada pasien, rekam medis dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit-penyakit tertentu (Konsil Kedokteran Indonesia, 2020).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif observasional dengan rancangan cross-sectional, menggunakan data retrospektif. Disebut penelitian observasional karena subjek penelitian diamati tanpa diberi perlakuan terlebih dahulu. Sementara itu, pendekatan retrospektif berarti data yang digunakan merupakan data masa lampau, yang diperoleh dari catatan rekam medis di unit rekam medis sebagai data primer serta melalui wawancara dengan dokter penulis resep sebagai sumber data sekunder. Penelitian ini dilakukan di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar pada periode Januari hingga Juni 2025.

B. Waktu dan Tempat Penelitian

1) Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai bulan Mei 2025 – selesai

2) Tempat Penelitian

Tempat penelitian ini dilakukan di ruang rekam medik RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar dengan alamat Jl. R.A Kartini No.15-17, Baru, Kec. Ujung Pandang, Kota Makassar, Sulawesi Selatan 90174

C. Populasi dan Teknik Sampling

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh data rekam medik pasien ibu hamil dengan preeklampsia yang dirawat di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Januari – Juni 2025 yang telah memenuhi kriteria eksklusi.

2. Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah purposive sampling, yaitu teknik penentuan sampel berdasarkan tujuan dan pertimbangan tertentu. Jumlah sampel ditentukan menggunakan rumus Slovin sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1+N \cdot e^2}$$

dimana :

n = jumlah sampel

N = Jumlah populasi

e = margin of error (0,05)

$e^2 = 0,0025$

Sampel penelitian diambil dengan melakukan pertimbangan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan oleh peneliti. Kriteria inklusi dan eksklusi yang hendak diteliti adalah sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi yang ditetapkan oleh peneliti adalah rekam medik pasien ibu hamil dengan preeklampsia ringan dan preeklampsia berat yang mendapatkan terapi hipertensi

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Rekam medik pasien ibu hamil dengan preeklampsia yang disertai penyakit lain, yaitu hipertensi kronik, hipertensi gestasional, dan diabetes mellitus.
- 2) Rekam medik pasien yang tidak jelas, tidak terbaca atau tidak lengkap.
- 3) Pasien dengan komplikasi lainnya.

D. Variabel Penelitian

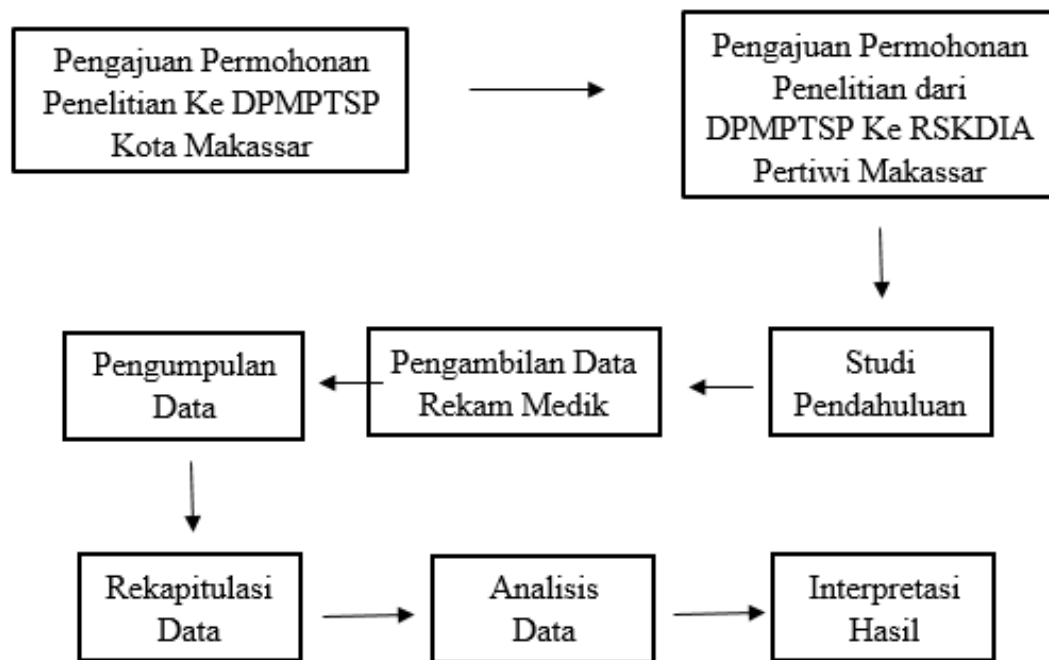
Variabel yang digunakan dalam penelitian ini meliputi variabel bebas (independent) dan variabel terikat (dependen). Variabel bebas pada penelitian ini adalah penggunaan obat antihipertensi pada pasien preeklampsia, sedangkan variabel terikatnya adalah ketepatan penggunaan obat antihipertensi sesuai dengan pedoman PNPK (Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran) tentang diagnosis dan tata laksana preeklampsia tahun 2016 yang meliputi tepat dosis, tepat pasien, tepat obat, dan tepat indikasi.

E. Instrumen Penelitian

Pada penelitian ini, instrumen yang digunakan adalah lembar pengumpulan data yang digunakan untuk mengumpulkan data yang diperoleh dari rekam medik pasien. Untuk menjaga kerahasiaan identitas pasien, lembar pengumpulan data

disajikan dalam bentuk tabel yang berisi kolom nomor sampel, nomor rekam medik, usia pasien, usia kehamilan, Tanda-Tanda Vital (TTV), data laboratorium, diagnosis, terapi obat yang diterima dan riwayat penyakit.

F. Alur Penelitian



Sumber : Data Primer, 2025

Gambar 1. Skema Alur Penelitian

Penelitian ini diawali dengan peneliti melakukan penyusunan proposal penelitian, kemudian melakukan pengajuan permohonan penelitian ke DPMPTSP Kota Makassar setelah itu izin dari DPMPTSP Kota Makassar di ajukan ke RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar. Setelah disetujui, dilakukan studi pendahuluan dan mulai melakukan penelitian dengan mengambil data dan mengolah data rekam medik pasien ibu hamil dengan preeklampsia periode Januari - Juni 2025. Data rekam

medik dipilih terlebih dahulu berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Kemudian dilakukan analisis data terhadap ketepatan penggunaan obat antihipertensi yang meliputi 5T, yaitu tepat obat, tepat pasien, tepat indikasi, dan tepat dosis pemberian obat. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk diagram/tabel dan persentase.

G. Teknik Pengelohan Data

Data yang diperoleh meliputi data identitas pasien (nama pasien, nomor rekam medik, usia, dan usia kehamilan), data tekanan darah dan nilai proteinuria. Data penggunaan obat antihipertensi (Nama obat, dosis obat dan frekuensi penggunaan). Selanjutnya data dianalisis menyesuaikan gambaran penggunaan obat antihipertensi dan menyesuaikan ketepatan pasien, ketepatan indikasi, ketepatan dosis, ketepatan obat sesuai dengan pedoman PNPK (Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran) tentang diagnosis dan tata laksana preeklampsia tahun 2016. Data kemudian diolah menggunakan *Software Microsoft Excell*, selanjutnya disajikan dalam bentuk tabel.

H. Analisis Data

Teknik pengolahan data dilakukan secara deskriptif yaitu dengan mengevaluasi ketepatan penggunaan obat antihipertensi pada pasien ibu hamil dengan preeklampsia di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Januari - Juni 2025. Pengolahan data rekam medik untuk mengetahui profil penggunaan obat yang diberikan pada pasien ibu hamil dengan preeklampsia meliputi nama obat dan golongan obat. Ketepatan penggunaan obat antihipertensi pada pasien ibu hamil dengan preeklampsia dilakukan secara deskriptif kualitatif dengan hasil dalam bentuk diagram/tabel dan persentase menggunakan *Microsoft Excel*.

Rumus persentase ketepatan penggunaan obat adalah sebagai berikut :

1. Tepat pasien $: \frac{\text{Jumlah data yang tepat pasien}}{\text{Jumlah seluruh sampel}} \times 100\%$
2. Tepat indikasi $: \frac{\text{Jumlah data yang tepat indikasi}}{\text{Jumlah seluruh sampel}} \times 100\%$
3. Tepat obat $: \frac{\text{Jumlah data yang tepat obat}}{\text{Jumlah seluruh sampel}} \times 100\%$
4. Tepat dosis $: \frac{\text{Jumlah data yang tepat dosis}}{\text{Jumlah seluruh sampel}} \times 100\%$

I. Definisi Operasional

Definisi operasional penelitian yang digunakan antaranya :

1. Antihipertensi merupakan obat yang digunakan untuk menurunkan tekanan darah sistolik ≥ 140 dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg.
2. Preeklampsia adalah bentuk hipertensi dalam kehamilan yang disertai dengan proteinuria yang terjadi setelah kehamilan minggu ke-20 sampai minggu ke-6 setelah persalinan.
3. Tepat indikasi adalah pemberian obat yang disesuaikan dengan gejala dan diagnosa pasien karena obat memiliki spektrum terapi yang spesifik.
4. Tepat pasien merupakan ketepatan pemberian obat pada pasien sesuai dengan keamanan obat yang dikontraindikasikan pada pasien.
5. Tepat obat adalah pemberian obat disesuaikan dengan diagnosis penyakit dan obat yang dipilih harus obat lini pertama.
6. Tepat dosis adalah pemberian obat yang tepat besaran, frekuensi, rute dan durasinya kepada pasien sehingga menimbulkan efek yang diinginkan, karena pemberian dosis obat yang berlebihan atau kurang akan menimbulkan efek yang tidak diinginkan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Data Karakteristik Ibu Hamil Preeklampsia

Berikut ini adalah persentase karakteristik ibu hamil dengan preeklampsia di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Januari – Juni 2025.

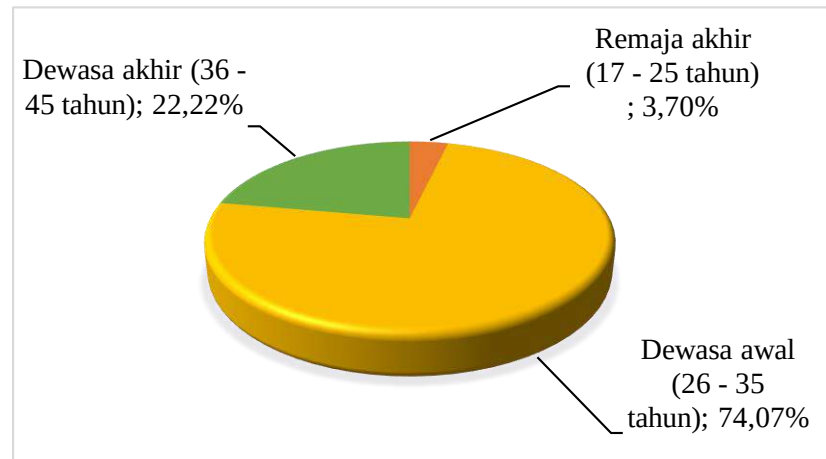
Tabel 4.1. Persentase Karakteristik Ibu Hamil Preeklampsia

Kriteria	Kategori	Jumlah Pasien n = 27	Presentase
Usia (Tahun) Depkes RI, 2019)	Remaja akhir (17 - 25 tahun)	1	3,70%
	Dewasa awal (26 - 35 tahun)	20	74,07%
	Dewasa akhir (36 - 45 tahun)	6	22,22%
Usia Kehamilan	Trimester I (0 - 14 minggu)	0	0%
	Trimester II (15 - 28 minggu)	5	18,52%
	Trimester III (29 - 42 minggu)	22	81,48%
Proteinuria (Pemeriksaan Dipstick)	1+	1	3,70%
	2+	4	14,81%
	3+	20	74,07%
	4+	2	7,41%
Diagnosis	PER (Preeklampsia Ringan)	1	3,70%
	PEB (Preeklampsia Berat)	26	96,30%

Sumber : Data Primer, 2025

a. Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Usia

Berikut ini adalah data karakteristik ibu hamil dengan preeklampsia di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Januari – Juni 2025 berdasarkan usia.

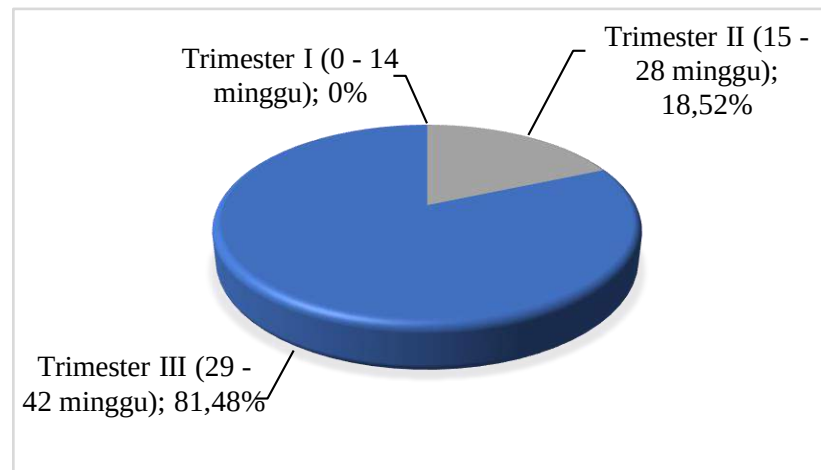


Sumber : Data Primer, 2025

Gambar 2. Diagram Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Usia

b. Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Usia Kehamilan

Berikut ini adalah data karakteristik ibu hamil dengan preeklampsia di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Januari – Juni 2025 berdasarkan usia kehamilan.

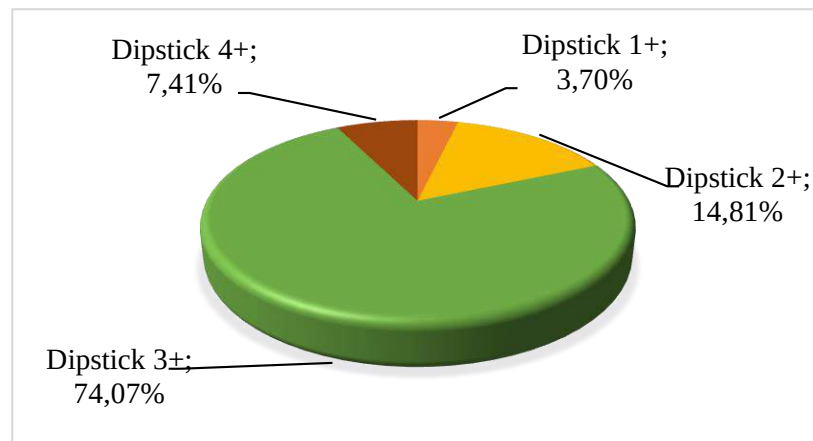


Sumber : Data Primer, 2025

Gambar 3. Diagram Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Usia Kehamilan

c. Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Kadar Proteinuria

Berikut ini adalah data karakteristik ibu hamil dengan preeklampsia RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Januari – Juni 2025 berdasarkan kadar proteinuria.

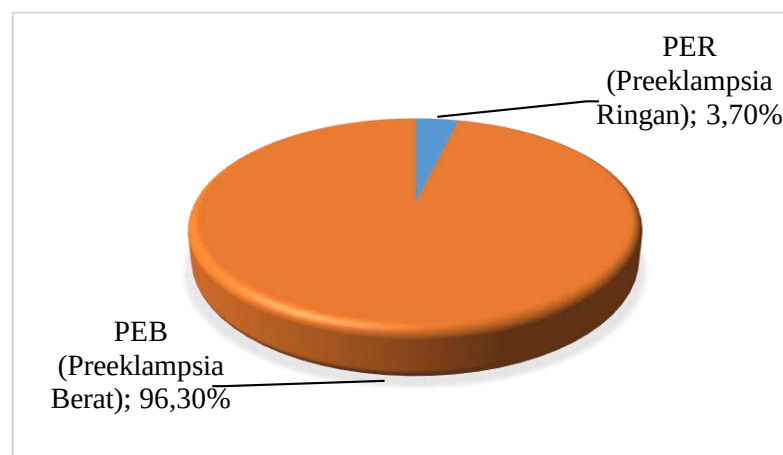


Sumber : Data Primer, 2025

Gambar 4. Diagram Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Kadar Proteinuria

d. Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Diagnosis

Berikut ini adalah data karakteristik ibu hamil dengan preeklampsia RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Januari – Juni 2025 berdasarkan diagnosis.



Sumber : Data Primer, 2025

Gambar 5. Diagram Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Diagnosis.

2. Gambaran Penggunaan Obat Antihipertensi

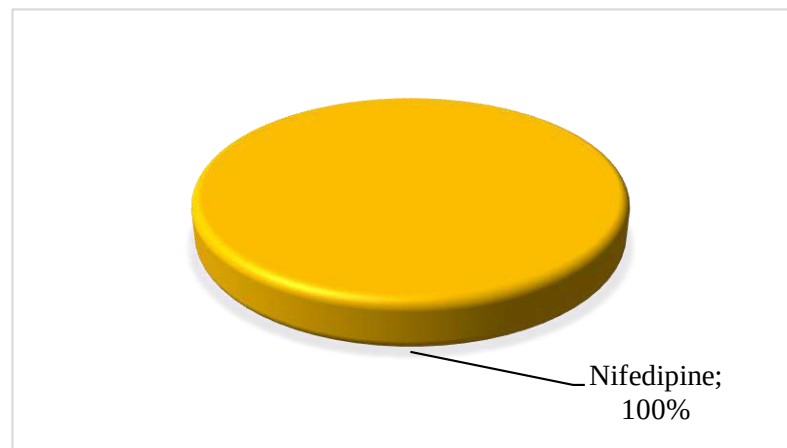
Berikut ini adalah persentase penggunaan obat antihipertensi pada ibu hamil dengan preeklampsia di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Januari – Juni 2025.

Tabel 4.2. Persentase Penggunaan Obat Antihipertensi

Nam Obat	Jumlah Pasien	Presentase
Nifedipine	27	100%

Sumber : Data Primer, 2025

Diagram penggunaan obat antihipertensi pada ibu hamil dengan preeklampsia di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Januari – Juni 2025 dapat dilihat di bawah ini



Sumber : Data Primer, 2025

Gambar 6. Diagram Penggunaan Obat Antihipertensi

3. Evaluasi Ketepatan Penggunaan Obat Antihipertensi

a. Tepat Pasien

Diagram hasil evaluasi ketepatan penggunaan obat antihipertensi berdasarkan tepat pasien pada ibu hamil dengan preeklampsia di RSIA Sitti

Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Januari – Juni 2025 dapat dilihat di bawah ini



Sumber : Data Primer, 2025
Gambar 7. Diagram Tepat pasien

b. Tepat Indikasi

Diagram hasil evaluasi ketepatan penggunaan obat antihipertensi berdasarkan tepat indikasi pada ibu hamil dengan preeklampsia di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Januari – Juni 2025 dapat dilihat di bawah ini



Sumber : Data Primer, 2025
Gambar 8. Diagram Tepat Indikasi

c. Tepat Obat

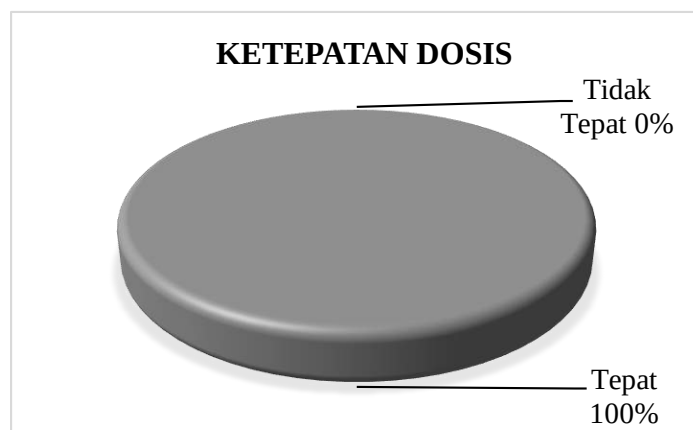
Diagram hasil evaluasi ketepatan penggunaan obat antihipertensi berdasarkan ketepatan pengobatan pada ibu hamil dengan preeklampsia di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Januari – Juni 2025 dapat dilihat di bawah ini



Sumber : Data Primer, 2025
Gambar 9. Diagram Tepat Obat

d. Tepat Dosis

Diagram hasil evaluasi ketepatan penggunaan obat antihipertensi berdasarkan tepat dosis pada ibu hamil dengan preeklampsia di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Januari – Juni 2025 dapat dilihat di bawah ini



Sumber : Data Primer, 2025
Gambar 10. Diagram Tepat Dosis

B. Pembahasan

Pada penelitian ini dilakukan evaluasi ketepatan penggunaan obat antihipertensi pada ibu hamil di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar dengan beberapa parameter yaitu, tepat pasien, tepat indikasi, tepat obat dan tepat dosis yang berdasarkan pada pedoman PNPK (Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran) dan POGI (Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia) tentang diagnosis dan tatalaksana preeklampsia tahun 2016.

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara deskriptif observasional menggunakan data retropektif berupa data rekam medik pasien ibu hamil dengan preeklampsia di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar periode Januari – Juni 2025 menggunakan lebar pengumpulan data yang memuat nomor rekam medik, usia pasien, usia kehamilan, tanda-tanda vital (TTV), data laboratorium, diagnosis, terapi obat antihipertensi yang digunakan dan riwayat penyakit. Berdasarkan data yang diperoleh terdapat 29 rekam medik ibu hamil preeklampsia. Jumlah rekam medik medik yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 27 rekam medik.

1. Data Karakteristik Ibu Hamil Preeklampsia

a. Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Usia

Berdasarkan data diagram diatas (Gambar 2) dapat dilihat, karakteristik ibu hamil berdasarkan usia berdasarkan usia paling banyak adalah kategori dewasa awal (26-35) tahun sebesar 74,07% dan berturut – turut diikuti oleh kategori dewasa akhir (36–45) tahun dan remaja akhir (17–

25) tahun dengan pesentase masing-masing 22,22% dan 3,70%. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh yovita et al. (2021) yaitu wanita hamil yang mengalami preeklampsia paling banyak dialami oleh wanita hamil yang berusia 20-35 tahun sebanyak 31 pasien atau sebesar 73,81%. Hal ini dapat terjadi karena usia 26-35 tahun adalah periode puncak reproduktif wanita, sehingga banyak wanita hamil yang bisa mengalami kasus preeklampsia lebih tinggi pada usia ini.

b. Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Usia Kehamilan

Berdasarkan diagram diatas (Gambar 3) dapat dilihat bahwa karakteristik ibu hamil berdasarkan usia kehamilan paling banyak adalah pada trimester III (29 - 42 minggu) yaitu sebanyak 81,48%. Seluruh subjek penelitian menunjukkan bahwa kehamilan di trimester III memiliki resiko lebih tinggi mengalami preeklampsia dibandingkan dengan kahamilan di trimester I dan II. Hal ini dapat terjadi karena pada trimester III, usia kehamilan yang lebih tua menyebabkan hampir semua organ vital harus bekerja lebih keras untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan bayi. Jika organ termasuk plasenta tidak berfungsi dengan baik atau pembuluh darah terganggu, ini dapat meningkatkan tekanan darah ibu dan menyebabkan preeklampsia.

c. Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Kadar Proteinuria

Berdasarkan diagram diatas (Gambar 4) dapat dilihat, karakteristik ibu hamil berdasarkan kadar proteinuria paling banyak adalah pada pemeriksaan dipstick 3+ yaitu sebanyak 74,07%. Pemeriksaan proteinuria pada ibu hamil

bertujuan untuk mendeteksi kelainan ginjal serta membantu membedakan wanita penderita preeklampsia dengan hipertensi dalam kehamilan yang tidak begitu berat. Faktor yang berperan dalam munculnya proteinuria yaitu filtrasi glomerulus dan reabsorpsi protein tubulus. Pada preeklampsia proteinuria muncul karena kecepatan filtrasi glomerulus menurun. Pada keadaan ini ditemukan ekresi albumin yang abnormal disertai protein dengan berat molekul kecil biasanya difiltrasi namun kemudian diabsorpsi sehingga ditemukan di dalam urin. Pada keadaan tidak hamil protein dengan berat molekul besar tidak dapat melewati filtrasi glomerulus meskipun beberapa protein dengan berat molekul kecil yang biasanya lolos dari filtrasi kemudian akan direabsorpsi kembali, sehingga tidak ditemukan dalam urin. Proteinuria pada preeklampsia merupakan indikator adanya bahaya pada janin, berat badan lahir rendah, dan dapat meningkatnya resiko kematian perinatal (Harahap, 2024).

d. Karakteristik Ibu Hamil Berdasarkan Diagnosis

Berdasarkan diagram diatas (Gambar 5) dapat dilihat, karakteristik ibu hamil berdasarkan diagnosis paling banyak adalah Preeklampsia Berat (PEB) yaitu sebanyak 96,30% sedangkan Preeklampsia Ringan (PER) sebanyak 3,70%. Preeklampsia ringan bisa muncul tanpa adanya gejala yang jelas, hanya ditandai dengan hipertensi dan proteinuria. Kondisi ini dapat membuat pasien tidak menyadari telah menderita preeklampsia ringan. Apabila tidak diatasi dengan cepat atau tidak ditangani dengan baik maka dapat berkembang menjadi preeklampsia berat (Handayani, E., 2021). Temuan ini

penting untuk diperhatikan karena preeklampsia berat mempunyai konsekuensi yang lebih serius bagi ibu dan janin.

2. Gambaran Penggunaan Obat Antihipertensi

Berdasarkan diagram pada gambar 6 dapat dilihat bahwa golongan obat antihipertensi yang diberikan pada ibu hamil dengan preeklampsia yaitu *Calcium Channel Blocker* (CCB) berupa nifedipine sebanyak 100%. Pada penelitian ini, monoterapi nifedipin digunakan sebagai terapi pengobatan, baik untuk pasien dengan preeklampsia ringan maupun preeklampsia berat, hal ini sesuai dengan PNPk dan POGI 2016. Hasil ini serupa dengan penelitian Andriana, dkk (2018) bahwa nifedipin merupakan obat yang paling banyak digunakan sebagai pengobatan monoterapi untuk pasien preeklampsia yaitu sebanyak 65,79%. Ini mendukung konsep bahwa penggunaan satu jenis obat antihipertensi pada ibu hamil yang telah mengalami hipertensi lebih disarankan untuk mengurangi risiko efek samping dan interaksi obat yang tidak diinginkan (Febi, 2021).

3. Evaluasi Ketepatan Penggunaan Obat Antihipertensi

Penggunaan obat dikatakan rasional menurut WHO apabila pasien menerima obat yang tepat untuk kebutuhan klinis, dalam dosis yang memenuhi kebutuhan, meliputi ketepatan penilaian kondisi pasien, tepat diagnosis, tepat indikasi, tepat jenis obat, tepat dosis, tepat cara dan lama pemberian, tepat informasi dengan memperhatikan keterjangkauan harga, kepatuhan pasien, dan waspada efek samping (Kemenkes RI, 2018). Evaluasi ketepatan penggunaan obat yang dilakukan dalam penelitian ini meliputi 4 tepat yaitu tepat pasien, tepat indikasi,

tepat obat dan tepat dosis. Berikut ini di paparkan secara rinci hasil penelitian yang telah dilakukan.

a. Tepat Pasien

Evaluasi ketepatan pasien dalam penelitian ini adalah dilihat dari kontraindikasi obat antihipertensi yang digunakan dan dibandingkan dengan riwayat penyakit pasien serta dilihat dari aman atau tidaknya obat diberikan harus sesuai dan aman untuk ibu hamil, karna obat tidak hanya terdistribusi pada ibu malainkan juga terhadap janin yang dikandung, sehingga keamanan dan ketepatan pemilihan obat untuk pasien harus sesuai (POGI, 2016).

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan pada 27 rekam medik ibu hamil dengan preeklampsia, didapatkan ketepatan pasien sudah sesuai dengan teori yang dilakukan sebesar 100%. Obat antihipertensi yang diberikan adalah nifedipine peroral. Nifedipine sampai saat ini menjadi obat pilihan untuk hipertensi dalam kehamilan yang terdapat di Indonesia. Nifedipine dikontraindikasikan pada pasien dengan kondisi syok kardiogenik, stenosis aorta lanjut dan porfiria. Pada penelitian ini, tidak terdapat pasien dengan kondisi yang dikontraindikasikan dengan nefedipine.

Menurut standar acuan PNPk Preeklampsia 2016, pemberian antihipertensi yang aman untuk ibu hamil dengan preeklampsia pilihan pertama adalah nifedipine peroral *short acting*, hidralazine dan labetalol parenteral. Nifedipin termasuk kedalam kategori C dimana perlu adanya pertimbangan penggunaan nifedipin yang memberikan manfaat lebih besar dari pada resiko yang terjadi pada janin.

b. Tepat Indikasi

Ketepatan indikasi kepada pasien di sesuaikan kondisi klinis pasien berdasarkan keluhan pasien (Febi, 2021). Evaluasi ketepatan indikasi dalam penelitian ini dilihat dari ketepatan pemilihan obat antihipertensi berdasarkan diagnosis penyakit. Tepat indikasi karena penggunaan antihipertensi yang diberikan pada pasien sudah sesuai, baik pada pasien dengan preeklampsia ringan maupun preeklampsia berat. Penggunaan obat pada saat kehamilan harus memperhatikan rasio manfaat dan resiko. Obat dapat digunakan jika manfaat yang diperoleh dengan penggunaan obat tersebut jauh lebih besar dari resiko yang ditimbulkan.

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan pada 27 rekam medik ibu hamil dengan preeklampsia didapatkan ketepatan indikasi sebesar 100% pada seluruh pasien. Pelaksanaan terapi memenuhi kriteria tepat indikasi karena obat antihipertensi yang diberikan sesuai dengan diagnosa yang ditegakan oleh dokter. Obat antihipertensi yang diresepkan yaitu nifedipin yang dapat menurunkan preeklampsia ringan dan berat pada ibu hamil.

c. Tepat Obat

Ketepatan obat adalah kesesuaian pemberian obat antihipertensi yang dapat dipertimbangkan dari ketepatan kelas lini terapi, jenis dan kombinasi obat bagi pasien hipertensi. Evaluasi ketepatan obat dalam penelitian ini dilihat dari ketepatan pemilihan golongan obat antihipertensi yang aman untuk ibu hamil dan dibandingkan dengan standar acuan PNPK Preeklampsia 2016.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan pada 27 rekam medik ibu hamil dengan preeklampsia, didapatkan ketepatan obat sebesar 100%. Obat antihipertensi yang diberikan adalah nifedipine per oral. Nifedipine termasuk golongan *Calcium Channel Blocker* (CCB) dan merupakan first line terapi pada pasien ibu hamil dengan preeklampsia berat. Nifedipine merupakan obat yang ideal untuk penanganan preeklampsia karena nifedipine mempunyai onset yang cepat, bioavailabilitas dari nifedipine relatif cepat terlepas dan menyebar sekitar 84%-89% dalam darah, dapat diberikan per oral dan efektif menurunkan tekanan darah tanpa menyebabkan efek samping yang berbahaya. Menurut standar acuan PNPk Preeklampsia 2016, pemberian antihipertensi pilihan pertama adalah nifedipine peroral short acting, hidralazine dan labetalol parenteral. Alternatif pemberian antihipertensi yang lain adalah nitrogiserin, metildopa dan labetalol (POGI, 2016).

d. Tepat Dosis

Ketepatan dosis adalah ketepatan pemberian obat dengan dosis yang sesuai dengan rentang dosis terapi yang telah ditentukan, tidak *under dose* atau *over dose*. Pemberian dosis yang berlebihan, khususnya untuk obat dengan rentang terapi sempit, akan sangat beresiko timbulnya efek samping. Sebaliknya dosis yang terlalu kecil tidak akan menjamin tercapainya kadar terapi yang diharapkan (Eka Kartika, 2018). Evaluasi ketepatan dosis dalam penelitian ini dilihat dari ketepatan pemberian dosis antihipertensi yang dibandingkan dengan standar acuan PNPk Preeklampsia 2016.

Ketepatan dosis yang telah dilakukan peneliti yaitu sebanyak 27 pasien rekam medik ibu hamil dengan preeklampsia, didapatkan ketepatan dosis sebesar 100%. Dosis nifedipine peroral yang diberikan telah sesuai dengan rentang dosis terapi yang telah ditentukan yaitu 10-30 mg berdasarkan tekanan darah. Menurut standar acuan PNPk Preelampsia 2016, penggunaan obat antihipertensi nifedipine peroral *short acting* adalah 10-30 mg.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Penggunaan nifedipin dari golongan Calcium Channel Blocker (CCB) merupakan terapi antihipertensi yang digunakan pada seluruh ibu hamil dengan preeklampsia sebanyak 100%. Penggunaan nifedipin sebagai monoterapi, baik pada preeklampsia ringan maupun berat, telah sesuai dengan pedoman PNPK dan POGI tahun 2016. Hal ini menunjukkan bahwa monoterapi nifedipin menjadi pilihan utama yang efektif dan aman dalam penatalaksanaan preeklampsia, serta dapat meminimalkan risiko efek samping dan interaksi obat.
2. Berdasarkan hasil penelitian terhadap 27 rekam medis ibu hamil dengan preeklampsia, penggunaan obat antihipertensi telah dilakukan secara rasional dan sesuai dengan pedoman PNPK Preeklampsia tahun 2016. Evaluasi ketepatan penggunaan obat menunjukkan hasil 100% tepat pasien, tepat indikasi, tepat obat, dan tepat dosis. Obat antihipertensi yang digunakan adalah nifedipin per oral, yang terbukti aman dan efektif untuk menurunkan tekanan darah pada preeklampsia ringan maupun berat.

B. Saran

1. Perlu adanya penelitian lanjutan mengenai kepatuhan pasien dalam pemberian obat antihipertensi pada ibu hamil dengan preeklampsia.
2. Perlu dilakukan penelitian lanjutan terkait hubungan ketepatan penggunaan obat antihipertensi pada ibu hamil dengan kesembuhan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- [PERKI] Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. 2015. Pedoman tatalaksana hipertensi pada penyakit kardiovaskular Edisi Pertama. Jakarta: PERKI.
- [PERKI] Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. 2016. Pedoman tatalaksana hipertensi pada penyakit kardiovaskular Edisi Pertama. Jakarta: PERKI.
- [POGI] Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia Himpunan Kedokteran Feto Maternal (POGI). 2016. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Diagnosis dan Tata Laksana Preeklampsia. Jakarta: POGI
- Andriana, D. D., Utami, E. D., & Sholihat, N. K. (2018). Evaluasi penggunaan obat antihipertensi pada pasien pre-eklampsia rawat inap di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. *Acta Pharmaciae Indonesia: Acta Pharm Indo*, 6(1), 29-39.
- Chalas, E. (2020). The American College of Obstetricians and Gynecologists in 2020: a clear vision for the future. *Obstetrics & Gynecology*, 135(6), 1251-1254.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan. (2022). Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan.
- Febi. (2021). Evaluasi Penggunaan Obat Antihipertensi Pada Pasien Ibu Hamil Dengan Preeklampsia Di RSUD Madising Kabupaten Pinrang Periode Januari-Desember 2022. Poltekkes Kemenkes Makassar Jurusan Farmasi, 1, 19-28.
- Handayani, E. (2021). Pencegahan Laserasi Dengan Senam Kegel Pada Ibu Hamil Primigravida Ny. L Saat Bersalin Di Pmb Yulinawati Amd. Keb Lampung Selatan (Doctoral Dissertation, Poltekkes Tanjungkarang).
- Harahap, R. Y., Sundari, D. W., & Taren, Z. O. (2024). B Peningkatan Kualitas Pengetahuan Tentang Resiko Hipertensi Pada Ibu Hamil Desa Aek Haruaya Kabupaten Padang Lawas Utara. *JURNAL SUAKA INSAN MENGABDI (JSIM)*, 6(2), 32-37.
- Konsil Kedokteran Indonesia, K. K. I. (2020). Rencana Aksi Kegiatan (RAK) Sekretariat Konsil Kedokteran Indonesia Tahun 2020-2024.
- Luthfia, N., Hermawati, D., & Rizkia, M. (2021). Gambaran pengetahuan, sikap dan kepatuhan antenatal care (ANC) terkait dengan deteksi dini

preeklampsia pada ibu hamil. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, 5(1).

Maisarah, R. H. (2021). Evaluasi Penggunaan Obat Antihipertensi Pada Pasien Ibu Hamil Dengan Preeklampsia Di Rsud Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Periode Januari-Desember 2020. *Prosiding Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Samarinda*, 1, 19-28.

Putri Ningsih, E. V. (2024). *Hubungan kepatuhan ANC dan minum tablet tambah darah (TTD) dengan kejadian anemia pada ibu hamil trimester III diBLUD UPT puskesmas Pahandut kota Palangka Raya* (Doctoral dissertation, POLTEKKES KEMENKES PALANGKA RAYA).

Siregar, R. A. (2024). Penerapan Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 tentang rekam medis terhadap efektivitas pelayanan kesehatan. *Jurnal Ilmu Hukum Kyadiren*, 5(2).

Taslim, S. R. (2022). Faktor Risiko Ibu Terhadap Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Di Wilayah Kerja Puskesmas Tamangapa dan Puskesmas Antang Kota Makassar Bulan Januari-Juni Tahun 2022 (Doctoral dissertation, Universitas Hasanuddin).

Zaenurrohmah, D. H., & Rachmayanti, R. D. (2017). Hubungan pengetahuan dan riwayat hipertensi dengan tindakan pengendalian tekanan darah pada lansia. *Stroke*, 33(46.1), 67

LAMPIRAN

Lampiran 1 (Tabel Data Pasien)

No.	Nomor Rekam Medik (RM)	Usia (Tahun)	Usia Kehamilan (Minggu)	Tanda-Tanda Vital/Tekanan Darah	Tanggal Pemeriksaan TD Awal	Data Laboratorium (Pemeriksaan Dipstick)	Diagnosis	Tekanan Darah Setelah Terapi Pengobatan	Tanggal Pemeriksaan TD Setelah Terapi	Antihipertensi			Riwayat Penyakit
										Nama Obat	Dosis	Aturan Pakai	
1	xxx706	27 th	37 mgg	180/110 mmHg	17-Mei-25	3+	PEB	130/70 mmHg	23-Mei-25	Nifedipine p.o	10 mg	3 x 1	
2	xxx718	40 th	29 mgg	160/100 mmHg	26-Jun-25	3+	PEB	130/70 mmHg	30-Jun-25	Nifedipine p.o	10 mg	3 x 1	
3	xxx401	30 th	37 mgg	170/100 mmHg	21-Feb-25	3+	PEB	120/80 mmHg	24-Feb-25	Nifedipine p.o	10 mg	3 x 1	
4	xxx350	29 th	39 mgg	170/100 mmHg	23-Mei-25	3+	PEB	130/80 mmHg	30-Mei-25	Nifedipine p.o	10 mg	1 x 1	
5	xxx634	30 th	28 mgg	160/100 mmHg	22-Apr-25	3+	PEB	140/90 mmHg	25-Apr-25	Nifedipine p.o	10 mg	1 x 1	
6	xxx735	26 th	34 mmg	160/120 mmHg	28-Feb-25	3+	PEB	130/90 mmHg	03-Mar-25	Nifedipine p.o	10 mg	3 x 1	
7	xxx241	28 th	26 mmg	160/110 mmHg	02-Feb-25	3+	PEB	120/70 mmHg	08-Feb-25	Nifedipine p.o	10 mg	3 x 1	
8	xxx762	32 th	37 mgg	170/100 mmHg	19-Feb-25	3+	PEB	130/80 mmHg	24-Feb-25	Nifedipine p.o	10 mg	3 x 1	
9	xxx283	30 th	30 mmg	160/100 mmHg	10-Jan-25	3+	PEB	120/70 mmHg	17-Jan-25	Nifedipine p.o	10 mg	2 x 1	
10	xxx535	35 th	38 mmg	180/110 mmHg	08-Jan-25	3+	PEB	130/90 mmHg	14-Jan-25	Nifedipine p.o	10 mg	3 x 1	
11	xxx568	37 th	32 mmg	160/100 mmHg	16-Mar-25	1+	PER	130/70 mmHg	19-Mar-25	Nifedipine p.o	10 mg	1 x 1	
12	xxx670	42 th	40 mgg	170/100 mmHg	19-Mar-25	3+	PEB	120/80 mmHg	23-Mar-25	Nifedipine p.o	10 mg	3 x 1	
13	xxx835	30 th	28 mgg	180/120 mmHg	09-Mei-25	4+	PEB	140/80 mmHg	13-Mei-25	Nifedipine p.o	10 mg	3 x 1	
14	xxx060	31 th	34 mgg	170/110 mmHg	28-Apr-25	3+	PEB	130/80 mmHg	04-Mei-25	Nifedipine p.o	10 mg	3 x 1	
15	xxx751	42 th	30 mmg	160/110 mmHg	06-Jan-25	3+	PEB	120/70 mmHg	12-Jan-25	Nifedipine p.o	10 mg	2 x 1	
16	xxx070	28 th	37 mgg	160/110 mmHg	12-Feb-25	2+	PEB	130/70 mmHg	19-Feb-25	Nifedipine p.o	10 mg	3 x 1	
17	xxx336	30 th	35 mgg	170/100 mmHg	07-Mar-25	3+	PEB	140/90 mmHg	10-Mar-25	Nifedipine p.o	10 mg	2 x 1	
18	xxx132	40 th	29 mmg	170/100 mmHg	23-Mar-25	3+	PEB	120/70 mmHg	28-Mar-25	Nifedipine p.o	10 mg	3 x 1	
19	xxx410	28 th	40 mmg	160/110 mmHg	20-Jun-25	3+	PEB	130/80 mmHg	25-Jun-25	Nifedipine p.o	10 mg	3 x 1	
20	xxx568	32 th	26 mmg	160/110 mmHg	14-Apr-25	3+	PEB	130/70 mmHg	20-Apr-25	Nifedipine p.o	10 mg	3 x 1	
21	xxx034	35 th	35 mmg	180/120 mmHg	24-Jun-25	4+	PEB	130/80 mmHg	29-Jun-25	Nifedipine p.o	10 mg	3 x 1	
22	xxx604	32 th	30 mmg	170/110 mmHg	15-Mar-25	3+	PEB	120/70 mmHg	22-Mar-25	Nifedipine p.o	10 mg	3 x 1	
23	xxx005	38 th	28 mmg	170/120 mmHg	15-Jan-25	3+	PEB	130/70 mmHg	20-Jan-25	Nifedipine p.o	10 mg	3 x 1	
24	xxx182	30 th	35 mmg	160/110 mmHg	20-Jan-25	2+	PEB	130/70 mmHg	27-Jan-25	Nifedipine p.o	10 mg	1 x 1	
25	xxx273	27 th	39 mmg	160/110 mmHg	19-Mei-25	2+	PEB	120/80 mmHg	25-Mei-25	Nifedipine p.o	10 mg	1 x 1	
26	xxx180	25 th	26 mmg	170/110 mmHg	31-Jan-25	3+	PEB	140/80 mmHg	03-Feb-25	Nifedipine p.o	10 mg	1 x 1	
27	xxx667	28 th	32 mmg	160/110 mmHg	08-Apr-25	2+	PEB	130/80 mmHg	15-Apr-25	Nifedipine p.o	10 mg	1 x 1	

Lampiran 2 (Tabel Tepat Pasien)

No.	Nomor Rekam Medik (RM)	Usia (Tahun)	Kategori Preeklampsia	Antihipertensi yang diberikan	Standar Acuan Pengobatan PNPk & POGI Preeklampsia 2016	Tekanan Darah Setelah Terapi Pengobatan	Goals Therapy PNPk & POGI 2016	Tepat	Tidak Tepat
1	xxx706	27 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	130/70 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
2	xxx718	40 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	130/70 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
3	xxx401	30 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	120/80 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
4	xxx350	29 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	130/80 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
5	xxx634	30 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	140/90 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
6	xxx735	26 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	130/90 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
7	xxx241	28 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	120/70 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
8	xxx762	32 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	130/80 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
9	xxx283	30 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	120/70 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
10	xxx535	35 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	130/90 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
11	xxx568	37 th	PER	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	130/70 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
12	xxx670	42 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	120/80 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
13	xxx835	30 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	140/80 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	

14	xxx060	31 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	130/80 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
15	xxx751	42 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	120/70 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
16	xxx070	28 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	130/70 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
17	xxx336	30 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	140/90 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
18	xxx132	40 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	120/70 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
19	xxx410	28 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	130/80 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
20	xxx568	32 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	130/70 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
21	xxx034	35 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	130/80 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
22	xxx604	32 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	120/70 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
23	xxx005	38 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	130/70 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
24	xxx182	30 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	130/70 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
25	xxx273	27 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	120/80 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
26	xxx180	25 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	140/80 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	
27	xxx667	28 th	PEB	Nifedipine p.o	Nifedipine p.o	130/80 mmHg	PER : $\leq$ 140/90 mmHg PEB : $\leq$ 150/90 mmHg	Tepat	

Lampiran 3 (Tabel Tepat Indikasi)

No.	Nomor Rekam Medik (RM)	Usia (Tahun)	Tekanan Darah (mmHg)	Hasil Lab Dipstick	Diagnosis	Antihipertensi	Tekanan Darah Setelah Terapi Pengobatan	Standar Acuan PNPk & POGI Preeklampsia 2016	Tepat	Tidak Tepat
1	xxx706	27 th	180/110 mmHg	3+	PEB	Nifedipine p.o	130/70 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
2	xxx718	40 th	160/100 mmHg	3+	PEB	Nifedipine p.o	130/70 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
3	xxx401	30 th	170/100 mmHg	3+	PEB	Nifedipine p.o	120/80 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
4	xxx350	29 th	170/100 mmHg	3+	PEB	Nifedipine p.o	130/80 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
5	xxx634	30 th	160/100 mmHg	3+	PEB	Nifedipine p.o	140/90 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
6	xxx735	26 th	160/120 mmHg	3+	PEB	Nifedipine p.o	130/90 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
7	xxx241	28 th	160/110 mmHg	3+	PEB	Nifedipine p.o	120/70 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
8	xxx762	32 th	170/100 mmHg	3+	PEB	Nifedipine p.o	130/80 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
9	xxx283	30 th	160/100 mmHg	3+	PEB	Nifedipine p.o	120/70 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
10	xxx535	35 th	180/110 mmHg	3+	PEB	Nifedipine p.o	130/90 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
11	xxx568	37 th	160/100 mmHg	1+	PER	Nifedipine p.o	130/70 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
12	xxx670	42 th	170/100 mmHg	3+	PEB	Nifedipine p.o	120/80 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
13	xxx835	30 th	180/120 mmHg	4+	PEB	Nifedipine p.o	140/80 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
14	xxx060	31 th	170/110 mmHg	3+	PEB	Nifedipine p.o	130/80 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
15	xxx751	42 th	160/110 mmHg	3+	PEB	Nifedipine p.o	120/70 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
16	xxx070	28 th	160/110 mmHg	2+	PEB	Nifedipine p.o	130/70 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
17	xxx336	30 th	170/100 mmHg	3+	PEB	Nifedipine p.o	140/90 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
18	xxx132	40 th	170/100 mmHg	3+	PEB	Nifedipine p.o	120/70 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
19	xxx410	28 th	160/110 mmHg	3+	PEB	Nifedipine p.o	130/80 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
20	xxx568	32 th	160/110 mmHg	3+	PEB	Nifedipine p.o	130/70 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
21	xxx034	35 th	180/120 mmHg	4+	PEB	Nifedipine p.o	130/80 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
22	xxx604	32 th	170/110 mmHg	3+	PEB	Nifedipine p.o	120/70 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
23	xxx005	38 th	170/120 mmHg	3+	PEB	Nifedipine p.o	130/70 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
24	xxx182	30 th	160/110 mmHg	2+	PEB	Nifedipine p.o	130/70 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
25	xxx273	27 th	160/110 mmHg	2+	PEB	Nifedipine p.o	120/80 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
26	xxx180	25 th	170/110 mmHg	3+	PEB	Nifedipine p.o	140/80 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	
27	xxx667	28 th	160/110 mmHg	2+	PEB	Nifedipine p.o	130/80 mmHg	Nifedipine p.o	Tepat	

Lampiran 4 (Tabel Tepat Obat)

No.	Nomor Rekam Medik (RM)	Usia (Tahun)	Diagnosis	Antihipertensi yang diresepkan	Golongan Obat	Standar Acuan PNPk Preeklampsia 2016	Tepat	Tidak Tepat
1	xxx706	27 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor α_2 sentral : Metildopa	Tepat	
2	xxx718	40 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor α_2 sentral : Metildopa	Tepat	
3	xxx401	30 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor α_2 sentral : Metildopa	Tepat	
4	xxx350	29 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor α_2 sentral : Metildopa	Tepat	
5	xxx634	30 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor α_2 sentral : Metildopa	Tepat	

6	xxx735	26 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor a2 sentral : Metildopa	Tepat	
7	xxx241	28 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor a2 sentral : Metildopa	Tepat	
8	xxx762	32 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor a2 sentral : Metildopa	Tepat	
9	xxx283	30 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor a2 sentral : Metildopa	Tepat	
10	xxx535	35 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor a2 sentral : Metildopa	Tepat	
11	xxx568	37 th	PER	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor a2 sentral : Metildopa	Tepat	

12	xxx670	42 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor a2 sentral : Metildopa	Tepat	
13	xxx835	30 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor a2 sentral : Metildopa	Tepat	
14	xxx060	31 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor a2 sentral : Metildopa	Tepat	
15	xxx751	42 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor a2 sentral : Metildopa	Tepat	
16	xxx070	28 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor a2 sentral : Metildopa	Tepat	
17	xxx336	30 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor a2 sentral : Metildopa	Tepat	

18	xxx132	40 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor a2 sentral : Metildopa	Tepat	
19	xxx410	28 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor a2 sentral : Metildopa	Tepat	
20	xxx568	32 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor a2 sentral : Metildopa	Tepat	
21	xxx034	35 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor a2 sentral : Metildopa	Tepat	
22	xxx604	32 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor a2 sentral : Metildopa	Tepat	
23	xxx005	38 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor a2 sentral : Metildopa	Tepat	

24	xxx182	30 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor α_2 sentral : Metildopa	Tepat	
25	xxx273	27 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor α_2 sentral : Metildopa	Tepat	
26	xxx180	25 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor α_2 sentral : Metildopa	Tepat	
27	xxx667	28 th	PEB	Nifedipine p.o	CCB	1. Golongan CCB : Nifedipine p.o 2. Golongan B-blocker : Atenolol, Labetalol 3. Golongan agonis reseptor α_2 sentral : Metildopa	Tepat	

Lampiran 5 (Tabel Tepat Dosis)

No.	Nomor Rekam Medik (RM)	Usia (Tahun)	Diagnosis	Antihipertensi yang diresepkan	Standar Acuan PNPk Preeklampsia 2016	Tepat	Tidak Tepat
1	xxx706	27 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 1 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
2	xxx718	40 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 3 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
3	xxx401	30 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 3 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
4	xxx350	29 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 1 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
5	xxx634	30 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 1 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
6	xxx735	26 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 3 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
7	xxx241	28 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 3 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
8	xxx762	32 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 3 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
9	xxx283	30 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 2 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
10	xxx535	35 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 1 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
11	xxx568	37 th	PER	Nifedipine p.o 10 mg 1 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
12	xxx670	42 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 3 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
13	xxx835	30 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 1 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	

14	xxx060	31 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 3 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
15	xxx751	42 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 2 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
16	xxx070	28 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 3 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
17	xxx336	30 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 2 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
18	xxx132	40 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 3 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
19	xxx410	28 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 3 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
20	xxx568	32 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 3 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
21	xxx034	35 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 1 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
22	xxx604	32 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 3 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
23	xxx005	38 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 3 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
24	xxx182	30 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 1 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
25	xxx273	27 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 1 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
26	xxx180	25 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 1 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	
27	xxx667	28 th	PEB	Nifedipine p.o 10 mg 1 x 1	10-30 mg per hari	Tepat	

Lampiran 6 (Surat Telah Menyelesaikan Penelitian)

Lampiran 7 (Dokumentasi Penelitian)



Lampiran 6.1 Lokasi Penelitian (RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar)



Lampiran 6.2 Pengambilan data rekam medik didampingi petugas rekam medik



Lampiran 6.3 Proses perhitungan jumlah pasien preeklampsia di RSIA Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar



Lampiran 6.4 Pengumpulan data rekam medik pasien preeklampsia di ruang rekam medik