

BAB 2

LANDASAN TEORI

2.1 Konsep Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah merupakan waktu transisi, yakni suatu masa antara kehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang berada dalam kandungan dan kehidupan nanti setelah anak tersebut lahir. Perubahan status yang radikal ini dipertimbangkan ssebagai suatu krisis disertai periode tertentu untuk menjalani proses persiapan psikologis dsn mengalami puncaknya pada saat bayi lahir (Sukarni dan Wahyu, 2013). Kehamilan adalah rangkaian peristiwa yang baru terjadi bila ovum dibuahi dan pembuahan ovum akhirnya berkembang sampai menjadi fetus yang aterm (Guyton dalam Sukarni dan Wahyu, 2013). Kehamilan adalah dikandungnya janin hasil pembuahan sel telur oleh sel sperma (Kuhartanti dalam Sukarni dan Wahyu, 2013).

Hamil adalah suatu proses terjadinya bayi sebagai hasil dari hubungan seksual antara pria dan wanita (Soewito dkk, 2013). Menurut Soekarni dan Wahyu, peristiwa prinsip pada terjadi kehamilan sebagai berikut:

1. Pembuahan / fertilasi: bertemunya sel telur /ovum wanita dengan sel benih / spermatozoa pria.
2. Pembelahan sel (zigot) hasil pembuahan tersebut.

3. Nidasi / implantasi zigot tersebut pada dinding saluran reproduksi (pada keadaan normal: implantasi pada lapisan endometrium dinding avum uteri).
4. Pertumbuhan dan perkembangan zigot embrio-janin menjadi bakal individu baru.

Kehamilan dipengaruhi berbagai hormone: estrogen, progesterone, human chorionic gonadotropin, human somatomammotropin dan prolaktin. *Human Chorionic Gonadotropin (HCG)* adalah hormon aktif khusus yang berperan selama masa awal kehamilan serta berfluktuasi kadarnya selama kehamilan. Selain yang disebutkan di atas, juga terjadi perubahan juga pada anatomi dan fisiologi organ-organ system reproduksi dan organ-organ sistem tubuh lainnya, yang dipengaruhi terutama oleh perubahan keseimbangan hormonal tersebut (Sukarni dan Wahyu, 2013).

2.1.2 Tanda kehamilan

Tanda-tanda persuasif adalah perubahan fisiologik pada ibu atau seorang perempuan yang mengindikasikan bahwa ia telah hamil. Tanda-tanda tidak pasti atau terduga hamil adalah perubahan anatomi dan fisiologik selain dari tanda-tanda presumptife yang dapat dideteksi atau dikenali oleh pemeriksa (Medical Mini Notes, 2014). Menurut Medical Mini Notes (2014), tanda-tanda pasti kehamilan adalah data atau kondisi yang menindikasikan adanya buah kehamilan atau bayi yang diketahui melalui pemeriksaan dan direkam melalui pemeriksa. Antara lain:

1. Gerakan janin dalam rahim
2. Terlihat/teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin

3. Terdengar denyut jantung janin (dengan stetskop lanec, alat Doppler, alat kardiotokografi)
4. Pemeriksaan ultrasonografi

2.1.3 Gejala kehamilan

Menurut Sukarni dan Wahyu beberapa gejala kehamilan antara lain sebagai berikut:

1. *Amenore*, bagi wanita normal yang mengalami menstruasi secara teratur, *amenorea* adalah satu bukti dini kehamilah terutama bila gejala-gejala dini lainnya juga terjadi.
2. Perubahan payudara, nyeri tekan terasa berat dan pembesaran adalah gejala awal perubahan payudara. Kemudian terjadi pigmentasi, perubahan puting, sekresi kolostrum dan pembesaran vena. Perubahan ini sangat signifikan pada wanita yang belum pernah hamil.
3. Mual dan muntah, terjadi setelah periode menstruasi pertama tidak terjadi, banyak wanita yang mengalami derajat yang bervariasi mulai dari mual, pening, dan muntah. Hal ini disebut dengan *morning sickness* karena gejala-gejala lebih sering terjadi setelah sarapan pagi. Diyakini bahwa *morning sickness* adalah respon awal tubuh terhadap tingginya kadar progesteron. Gejala seperti ini biasanya menghilang pada tiga bulan walaupun kasus tertentu muntah-mntah dapat lebih lama. Keadaan yang terjadi demikian disebut *pemicious vomiting* (muntah-muntah permisiosa) dan ditangani sebagai komplikasi abnormal pada kehamilan.

4. Frekuensi berkemih, kongsti darah pada organ-organ pelvic meningkatkan sensitivitas jaringan. Tekanan karena pembesaran uterus pada kandung kemih mestimlasi saraf dan mentrigger keinginan untuk berkemih, trauma serta pertumbuhan tumor dapat menunjukkan gejala serupa.
5. *Leukorea* (keputihan), peningkatan sekresi vaginal disebabkan oleh efek stimulasi hormon pada kelenjer dan peningkatan suplai darah ke pelvic terjadi amat dini pada kehamilan. Setiap keluaran yang berlebihan, kuning kehijauan atau sering perdarahan yang terjadi selama kehamilan adalah tidak normal dan harus segera diteliti.
6. Tanda *chadwick's* (bercak keunguan pada vagina), suatu perubahan awal yang dapat terlihat pada pemeriksaan adalah mukosa vagina yang menjadi lebih ungu kebiruan karena meningkatnya suplai darah. Bagaimanapun, setiap kongesti pada pelvic dapat menyebabkan gejala-gejala ini, tidak hanya kehamilan.
7. *Quickening, quickening* adalah istilah kuno yang berarti “perasaan pertama adanya kehidupan”. Sensasi getaran ini seperti kupu-kupu terbang, yaitu dirasakan pertama oleh calon ibu sekitar 22 minggu masa gestasi. Bagi wanita yang sebelumnya pernah hamil mungkin merasakan gerakan pada 20 minggu. Walaupun tanda-tanda tersebut menguatkan bagi wanita, *quickening* tidak membuktikan kehamilan. Tanda-tanda ini subyektif, bukan bukti objektif yang nyata.

8. Sembelit

Terjadi akibat peningkatan hormone progesterone. Hormone ini selain mengendurkan otot rahim, juga berdampak mengendurnya otot dinding usus sehingga menyebabkan sembelit atau buang air besar. Namun kebaikan dari keadaan ini adalah memungkinkan penyerapan nutrisi yang lebih baik saat hamil

2.1.4 Masa-masa kehamilan

Masa-masa kehamilan menurut Sukarni dan Wahyu, masa kehamilan dibagi menjadi tiga periode atau trisemester, masing-masing selama 13 minggu. Trimester membantu mengelompokkan tahap perkembangan janin dan tubuh. Menurut Chapman & Durham (2010), kehamilan dibagi menjadi tiga trimester yaitu:

1. Trimester 1 (HPHT s.d 12 minggu kehamilan)
2. Trimester 2 (13 Minggu s.d 27 minggu kehamilan)
3. Trimester 3 (28 minggu s.d. 40 minggu kehamilan)

2.1.5 Trimester pertama pada masa kehamilan

Trimester pertama meliputi waktu periode kehamilan dan pembentukan zigot (tahap ovum) melalui perubahan menjadi embrio (hari ke-15 sampai 8 minggu) kemudian menjadi janin (minggu ke-9 sampai minggu ke-12 atau 13). Tahapan ini meliputi diketahuinya kehamilan dan bergerak ke tahap di mana jenis kelamin janin dapat di ketahui (Joyce, 2014:120).

2.1.6 Trimester kedua masa kehamilan

Trimester kedua meliputi periode pertumbuhan janin dari minggu ke-14 sampai minggu ke-24 atau 25. Kolostrum mungkin terlihat di payudara pada awal trimester kedua. Pusing dan pening bisa terlihat pada awal trimester kedua karena progesteron dan relaksasi pembuluh darah dengan aliran darah berada pada titik yang paling rendah (diperburuk dengan tekanan tekanan dari janin dan status yang diperpanjang). Perubahan tambahan yang mungkin terjadi adalah (Joyce, 2014:131).

1. Berat badan ibu hamil bertambah 0,45 kg per minggu selama sisa masa kehamilan.
2. Energy yang dibutuhkan lebih banyak daripada trimester pertama.
3. Sekresi vagina yang mungkin meningkat.
4. Penurunan frekuensi buang air kecil terlihat ketika rahim terangkat dari wilayah pinggul selama trimester ke dua.
5. Pembesaran ukuran perut tercatat karena pertumbuhan janin, cairan yang melindungi janin didalam rahim dan ukuran rahim; gatal bisa tercatat karena peregangan kulit.
6. Perubahan kulit seperti jahitan dikulit wanita yang baru melahirkan, bintik coklat garis hitam dan jerawat yang mungkin muncul.
7. Pergerakan janin yang dirasakan oleh sang ibu dengan perasaan bahwa ia benar-benar hamil meningkat.
8. Di akhir trimester ke dua, mimisan dan penyumbatan hidung bisa terjadi serta garis pucat di kulit.

2.1.7 Trimester ketiga masa kehamilan

Dimulai pada minggu ke-24 dan berlangsung sampai kelahiran jabang bayi. Kestabilan tekanan darah dan puncak rasa pusung berada disekitar minggu ke-32, kemudian berhenti. Masalah pada trimester kedua berhubungan dengan tekanan janin yang tumbuh, perubahan hormon khususnya yang berhubungan dengan sakit punggung; tekanan pembuluh darah dan perubahan *gastrointestinal* yang intensif selama trimester terakhir (Joyce, 2014:136).

1. Pernafasan dada menjadi lebih umum daripada pernafasan perut dan kesulitan bernafas bisa terlihat ketika perkembangan kehamilan dan janin mencapai *xiphoid*
2. Ketika pertumbuhan janin mencapai diafragma rongga dada akan membesar, dengan progesteron yang menyebabkan relaksasi sendi dan ligament. Lebar rongga dada akan membesar ketika pembesaran janin menyebabkan tinggi rongga dada meningkat. Hal itu untuk menjaga kapasitas rongga dada dan efektifitas pernafasan.
3. Kembung /panas perut, masuk angin serta sembelit terlihat.
4. Edema dependen (pergelangan kaki bengkak) dan terjadi pembesaran pembuluh darah kaki-tangan bagian bawah, vulva dan rectal ketika rahim yang membesar menekan pembuluh nadi paha.
5. Pembengkakan dan pembesaran pembuluh darah tangan dan kaki bagian bawah menempatkan pada ibu hamil pada resiko tromboplebitis (darah beku).

6. Sering buang air kecil ketika rahim yang membesar menekan kandung kemih.
7. Payudara membesar dan empuk.
8. Berkembang wasir.
9. Bentuk tubuh wanita harus menyesuaikan dengan berat yang bertambah, dan berjalan seperti bebek akan terlihat kemudian dalam kehamilan ketika sendi pinggul mengendur untuk mempersiapkan kehamilan. Lordosis terlihat ketika calon ibu mencoba untuk menyesuaikan berat perut dan dadanya.
10. Meningkatnya sakit punggung terlihat ketika kehamilan berkembang.
11. Kontraksi *Braxton-hicks* terlihat dan intensif dalam persiapan persalinan yang sesungguhnya.

2.1.8 Perubahan fisiologis selama ketiga trimester meliputi:

Berhentinya siklus menstruasi (di bulan-bulan awal tanda kehamilan bisa dilihat), dan pembesaran rahim, perubahan bentuk, dan pergantian posisi

Lapisan penutup/perubahan kulit yang disebabkan oleh hormon dan peregangan kulit ketika badan membesar selama kehamilan (*striae gravidarum*/tanda-tanda peregangan). Banyak perubahan yang muncul setelah kehamilan (flek hitam), tetapi beberapa tetap (tanda peregangan). Peningkatan sekresi kelenjer minyak dan kulit yang berminyak bisa terlihat dan palmer eritema/ bercak kemerahan pada telapak tangan (telapak tangan yang memerah) atau *spider navy* (*tumor small red*

angiomas) bisa terlihat di muka leher, dada, tangan dan kaki karena peningkatan hormon ekstrogen seiring meningkatnya aliran darah ke jaringan (joyce, 2014:123).

1. Hidung, sinitis, mulut dan tenggorokan memperlihatkan penyumbatan hidung gusi bengkak dan berdarah, mimisan (epistaksis) dapat terjadi karena penyumbatan vaskuler dari estrogen. Selain itu, suara bisa berubah karena pembengkakan pita suara.
2. Volume darah meningkat dan denyut jantung serta keluaran jantung meningkat untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin. Meningkatnya volume plasenta mengakibatkan pengenceran sel darah merah dan *pseodonemia* (anemia fisiologis dimana sel darah merah tidak menurun, tetapi volume plasma yang menyebabkan sel-sel pervolume lebih sedikit).
3. Beban pernapasan meningkat ketika kebutuhan akan oksigen meningkat untuk sang ibu guna memenuhi persediaan oksigen untuk dirinya dan anaknya serta pembuangan sisa pernapasan.
4. Pembesaran payudara karena peningkatan hormone estrogen dan progesterone termasuk rangsangan, pembesaran dada dan puting pembuluh darah yang terlalu banyak banyak berisi darah, *striae gravidarum* dan warna yang terlalu gelap pada puting dan sekitar puting.
5. Otot perut dan ligament pinggul merenggang seiring dengan pembesaran perut. Hal itu bisa terlihat oleh pinggul bagian bawah. Progesterone menyebabkan penurunan relaksasi otot yang lancar

dengan pengosongan perut yang lebih lamban dan kembung/situasi dimana aliran mengalir kearah sebaliknya dan menurunnya motilitas getah lambung yang dihasilkan karena sembelit. Meningkatnya aliran darah dan kembung menyebabkan wasir (pelebaran pembuluh darah rektal). Rasa mual serta muntah pada trimester pertama, dikarenakan pergantian hormon, dibarengi dengan rasa lapar karena meningkatnya permintaan nutrisi tekanan pada perut dan usus ketika janin tumbuh akan meningkatnya perasaan sakit atau tidak nyaman di perut, kembung dan sembelit. Metabolisme karbohidrat dirubah, mengarah ke rendahnya glukosa didalam darah pada trimester pertama dan kedua dari meningkatnya kepekaan jaringan terhadap insulin dan meningkatnya penggunaan glukosa dan produksi insulin dari peningkatan jumlah atau ukuran sel di organ. Pada trimester ketiga kelebihan glukosa di dalam darah menurunkan kepekaan jaringan terhadap insulin.

6. Pola buang air kecil mungkin berubah karena meningkatnya volume darah, dengan sirkulasi sampai ke ginjal. Frekuensi buang air kecil mungkin bisa terlihat dengan meningkatnya frekuensi ketika pertumbuhan janin menekan kandung kemih.
7. Pendengaran bisa saja berkurang dan sakit telinga bisa saja dirasakan karena bertambahnya pembuluh darah di telinga bagian dalam dan sumbatan saluran esutasia dan perasaan penuh di telinga.

2.2 Preeklamsia

2.2.1 Definisi

Preeklamsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, oedema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini biasanya timbul pada triwulan ke-3 kehamilan tetapi dapat timbul sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa. Preeklamsia ringan adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan atau edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Gejala ini dapat timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu pada penyakit trofoblas (Sujiatini dkk, 2009 & Setyaningrum 2013).

Preeklamsia berat adalah suatu keadaan komplikasi kehamilan yang di tandai timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuriadan atau edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih (Sujiatini dkk, 2009 & Setyaningrum 2013). Hipertensi biasanya timbul lebih dahulu daripada tanda-tanda lain. Untuk menegakkan diagnosa pada preeklamsia kenaikan tekanan sistolik harus 30mmHg atau lebih. Kenaikan tekanan Diagnostik lebih dapat di percaya apabila tekanan diastolic meningkat 15 mmHg atau lebih atau menjadi 90mmHg atau lebih. Pemeriksaan tekanan darah di lakukan minimal 2x dengan jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat. Hipertensi biasanya timbul lebih dahulu dari pada tanda lain kenaikan sistolik harus 30 mmHg atau lebih di atas tekanan yang biasannya ditemukan, atau mencapai 140 mmHg atau lebih (Sujiatini dkk, 2009 & Setyaningrum 2013).

Oedema adalah penimbunan cairan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan serta pembengkakan kaki, jari tangan dan muka oedema petribal yang ringan sering terjadi pada kehamilan biasa, sehingga tidak berarti untuk penentuan diagnosis preeklamsia. Kenaikan BB $\frac{1}{2}$ kg setiap minggu masih normal tetapi kalau kenaikan BB 1 kg atau lebih setiap minggu beberapa kali, hal ini perlu menimbulkan keawaspadaan terhadap timbulnya preeklamsia (Sujiatini dkk, 2009 & Setiyaningrum 2013).

Proteinuri berarti konsentrasi protein dalam urine yang melebihi 0,3g/lt dalam urine 24 jam atau pada pemeriksaan menunjukkan 1 atau 2+ atau 1gr/lt yang di keluarkan dengan jarak waktu 6 jam. Proteinuria timbul lebih lambat dari pada hipertensi dan kenaikan berat badan, karena itu harus dianggap yang cukup serius. Proteinuria adalah suatu tanda penting preeklamsia. Proteinuria adalah terdapatnya 300mg atau lebih protein dalam urine 24 jam atau 30-100mg/dl (1-2+) atau lebih pada sedikitnya dua specimen urin yang di kumpulkan terpisah 6 jam lebih. Derajat proteinuria dapat berfluktuasi sangat lebar selama periode 24 jam, bahkan pada kasus yang parah. Dengan demikian satu sampel acak dapat gagal mendeteksi proteinuria (Cunningham dkk, 2012), Gan & Cunningham (2010) proteinuria adalah suatu indikator penting keparahan penyakit karena biasanya timbul pada akhir perjalanan penyakit. Jelas proteinuria 2+ atau lebih yang persisten atau ekskresi 4 g protein selama 24 jam menunjukkan preeklamsia berat. Pada

keterlibatan ginjal yang parah, filtrasi glomerulus dapat terganggu dan konsentrasi kreatinin plasma mungkin sangat tinggi, atau mulai meningkat. Nyeri epigastrium atau kuadran kanan atas diperkirakan terjadi akibat nekrosis hepatoseluler dan edema yang meregangkan kapsul glisson. Trombositopenia merupakan tanda khas terjadinya preeklamsia dan mungkin di sebabkan hemolisis mikroangiopati yang di sebabkan oleh vasopasme berat. Semakin tinggi frekuensi dan intensitas kelainan-kelainan ini semakin parah penyakit dan semakin besar tekanan untuk menghentikan kehamilan.

2.2.2 Etiologi

Kehamilan normal dan di kaitkan dengan adanya perubahan sistem *kardiovaskuler maternal* yang beradaptasi terhadap pertumbuhan fetus. Baik volume darah maupun *cardiac output* meningkat hingga 40-50% melebihi kondisi tidak hamil selama trisemester pertama kehamilan. Terdapat beberapa hipotesis mengenai etiologi dan faktor resiko preeklamsia antara lain maladaptasi imun dan faktor genetik dan maternal (Sargowo, 2015:100).

1. Faktor genetik

Penyebab genetik preeklamsia masih belum jelas. Bagaimana juga beberapa studi melaporkan hubungan antar preeklamsia dan *polimorfisme gen* yang mengontrol hipertensi, regulasi atau metabolisme stres oksidatif seperti *rennin*, *angiotensin*, *endothelial*, *nitric oxide*, *synthase (Anos)*, faktor V *LEIDEN* atau *lipoprotein lipase*.

Faktor *V LEIDEIN* dan *prorthrombin G2O2IOA* sebagai faktor genetik dapat berkontribusi pada preeklamsia yang mengarah pada keguguran pada populasi di Asia. Wanita yang memiliki CR-1 memiliki resiko yang meningkat terhadap preeklamsia.

2. Faktor maladaptasi imun

Preeklamsia di kategorikan pada gangguan pada kehamilan pertama. Tetapi beberapa investigasi menunjukkan bahwa seorang wanita dapat kehilangan faktor proteksi terhadap preeklamsia jika kehamilan berikutnya terjadi dengan pasangan yang berbeda. Resiko terhadap preeklamsia akan menurun jika seorang wanita secara berkelanjutan terpapar dengan antigen spesifik dari pasangan yang sama. Hilangnya toleransi imunitas juga menjelaskan mengapa interval antar kehamilan yang jauh merupakan faktor resiko preeklamsia. Faktor-faktor maternal sebelumnya seperti riwayat preeklamsia, kehamilan multiple diketahui meningkatkan resiko preeklamsia.

3. Faktor resiko dan berpengaruh terhadap progresifitas preeklamsia (pribadi,A. et al, 2015):

- a. Faktor usia ibu
- b. Paritas
- c. Usia krhamilan
- d. Indeks masa tubuh (IMT), nilai IMT diatas 30 dengan kategori obesitas, resiko preeklamsia meningkat menjadi 4kali lipat.

2.2.3 Patofisiologi

Sampai sekarang etiologi preeklamsia belum diketahui. Membicarakan patofisiologinya tidak lebih dari “memngumpulkan” temuan- temuan fenomena yang beragam. Namun, pengetahuan tentang peran yang beragam inilah kunci utama suksesnya penanganan preeklamsia sehingga preeklamsia di sebut sebagai *the disease of many theories in obstetrics*.

1. Perubahan kardiovaskuler

- a. Turunnya tekanan darah pada kehamilan normal dikarenakan vasodilatasi perifer. Vasodilatasi perifer terjadi karena adanya penurunan tonus otot polos arterior akibat meningkatnya kadar progesteron dalam sirkulasi.
- b. Menurunnya kadarvasokonstriktor (adrenalin/ non adrenalin/ angiotensinI).
- c. Menurunnya respon dinding vaskuler terhadap vasokonstriktor akibat produksi vasodilator/ prostanoid yang juga tinggi.
- d. Menurunnya aktifitas susunan saraf simpatis vasomotor. Pada trimester ketiga akan terjadi peningkatan tekanan darah yang normal ketekanan darah sebelum hamil.
- e. Sekitar 1/3 pasien preeklamsia terjadi perbaikan ritme diurnal dan tekanan darah naik pada malam hari. Selain itu, juga terdapat perubahan lama siklus diurnal menjadi 20 jam perhari, dengan penurunan selama tidur, yang mungkin disebabkan perubahan dipusat pengatur tekanan darah atu pada reflek baroreseptor.

2. Regulasi volume darah

Pengendalian garam dan homeostasis juga meningkat pada preeklamsia. Kemampuan mengeluarkan natrium terganggu, tetapi derajatnya bervariasi. Pada keadaan berat mungkin mungkin juga tidak ditemukan edema (suatu "preeklamsia kering"). Jika ada edema interstisial, volume plasma lebih rendah dibandingkan wanita hamil normal, dan dengan demikian terjadi hemokonsentrasi. Porsi curah jantung untuk perfusi perifer relatif turun.

Perfusi plasenta melakukan adaptasi terhadap perubahan-perubahan ini maka pemakaian diuretic adalah tidak sesuai karena justru akan memperburuk hipovolemia. Plasenta juga menghasilkan renin, diduga berfungsi cadangan untuk mengatur tonus dan permeabilitas vaskuler lokal demi mempertahankan sirkulasi fetomaternal. Perubahan metabolisme steroid tidak jelas. Kadar aldosteron turun, kadar progesterone tidak berubah.

Kelainan fungsi pembekuan darah ditunjukkan dan penurunan AT III rata-rata volume darah pada penderita preeklamsia lebih rendah sampai kurang lebih 500 ml dibanding wanita hamil normal.

1. Fungsi organ –orga lain:

a. Otak

Pada ibu hamil normal, perfusi serebral tidak berubah, namun pada preeklamsia terjadi spasme pembuluh darah

otak dan penurunan perfusi dan suplai oksigen otak sampai 20%. Spasme dapat menyebabkan hipertensi serebral yang merupakan faktor penting terjadinya perdrahan otak dan kejang/ eklamsia.

b. Hati

Terjadi peningkatan aktivitas enzim-enzim hati pada preeklamsia yang berhubungan dengan beratnya penyakit.

c. Ginjal

Pada preeklamsia, arus darah efektif ginjal berkurang kurang lebih 20% filtrasi glomerulus berkurang lebih 30%. Pada kasus berat terjadi oligurui, uremia, sampai nekrosis, tubular akut, dan nekrosis korteks renalis. Ureum- kreatinin meningkat jauh di atas normal. Terjadi juga peningkatan pengeluaran protein (sindrom nefrotik pada kehamilan).

2. Sirkulasi uterus, koriodesidua, dan plasenta

Perubahan arus darah diuterus, koriodesidua, adalah patofisiologi yang terpenting pada preeklamsia. Hal ini adalah faktor yang menentukan hasil akhir kehamilan.

a. Terjadi iskemia uteroplamenta, menyebabkan ketidakseimbangan antar masa plasenta yang meningkat dengan aliran darah sirkulasi yang berkurang.

b. Hipoperfusi uterus menjadi rangsangan produksi renin di uteroplamenta, yang mengakibatkan vasokonstriksi vaskuler

daerah itu (angiotensin, aldosteron) sehingga terjadi tonus pembuluh darah yang lebih tinggi (Vivian, 2011:165).

3. Preeklamsia sering terjadi karena (Marmi, 2014:69).
 - a. Primigravida
 - b. Tuanya kehamilan
 - c. Kehamilan ganda
4. Prinsip pencegahan terhadap preeklamsia:
 - a. Pencegahan/ANC yang baik: ukur tekanan darah timbangan berat badan, ukur kadar proteinuria tiap minggu.
 - b. Diagnosa dini/tepat: diet, kalau perlu pengakhiran kehamilan
5. Penanganan yang dapat dilakukan diantaranya:
Penanganan preeklamsia ringan:
 - a. Rawat jalan
 - 1) Banyak istirahat (berbaring tidur miring)
 - 2) Diet: cukup protein, rendah karbohidrat, lemak, dan garam
 - 3) Sedative ringan (jika tidak bisa istirahat) tablet fenobarbital 3x30 mg peroral selama 2 hari.
 - 4) Roboransia
 - 5) Kunjungan ulang tiap satu minggu.
6. Di rawat di Puskesmas atau Rumah Sakit
 - a. Pada kehamilan preterm (kurang dari 37 minggu)

1) Jika tekanan darah mencapai normotensif selama perawatan persalinan di tunggu sampai aterm.

2) Bila tekanan darah turun tetapi belum mencapai normotensif selama perawatan maka kehamilannya dapat di akhiri pada kehamilan lebih dari 37 minggu.

b. Pada kehamilan aterm (lebih dari 37 minggu)

c. Pada kehamilan aterm (lebih dari 37 minggu)

Persalinan di tunggu spontan atau dipertimbangkan untuk melakukan induksi persalinan pada taksiran tanggal persalinan.

7. Cara Persalinan

Persalinan dapat dilkauan spontan bila perlu memperpendek kal II dengan bantuan bedah obstetri.

Penanganan aktif dibagi menjadi berikut:

a. Indikasi

Indikasi perawat aktif aktif ialah bila di dapatkan satu arau lebih keadaan ini pada ibu :

1) Kehamilan lebih dari 37 minggu

2) Adanya tanda-tanda impending

3) Kegagalan terapi pada perawatan konservatif

Pada janin :

1) Adanya tanda-tanda fetal distress

2) Adanya tanda-tanda IUF

2.2.4 Gambaran Klinis

Dua gambaran utama preeklamsia hipertensi dan proteinuria adalah kelainan yang biasanya tidak disadari oleh perempuan hamil, pada saat gejala seperti nyeri kepala, gangguan penglihatan atau nyeri *epigastrium* muncul. Kelainan ini hampir selalu sudah parah. Dengan demikian menjadi jelas pentingnya perawatan prenatal dalam deteksi dini dan management preeklamsia (Gan & Cunningham, 2010). Gejala dan tandanya sebagai berikut:

1. Hipertensi atau kelainan mendasar pada preeklamsia adalah *vasopasme arteriol* sehingga tidaklah mengejutkan bahwa tanda peringatan yang paling dapat diandalkan adalah peningkatan tekanan darah. Tekanan diastolik mungkin merupakan tanda *prognostik* yang lebih dipercaya dari pada tekanan sistolik. Setiap tekanan diastolik sebesar 90 mmHg atau lebih yang menetap adalah abnormal. Bunyi korotkof kelima digunakan sebagai ukuran .
2. Penambahan berat peningkatan berat badan secara mendadak mungkin mendahului timbulnya preeklamsia. Memang pertambahan berat badan berlebih pada sebagian perempuan merupakan tanda awal. Peningkatan berat sekitar 1 pon (0,5 kg) perminggu adalah normal, tetapi jika pertambahan berat jauh melebihi 2 pon (1kg) pada satu minggu tertentu atau 6 pon dalam sebulan harus dicurigai kemungkinan akan timbulnya preeklamsia. Karakteristik preeklamsia adalah peningkatan berat badan yang mendadak bukan peningkatannyang tersebar merata selama gestasi.

Peningkatan berat yang berlebihan dan mendadak hampir selalu disebabkan oleh retensi cairan yang abnormal dan timbul biasanya sebelum tanda-tanda oedem terlihat, misalnya pembengkakan kelopak mata atau jari. Pada kasus preeklamsia fulminan atau eklamsia, retensi cairan dapat menjadi eksterm pada perempuan ini tidak jarang terjadi penambahan berat tubuh 10 pon atau lebih dalam 1 minggu.

3. Nyeri kepala gejala ini jarang terjadi pada kasus yang ringan, tetapi sering terjadi pada kasus yang parah. Nyeri kepala umumnya terletak di frontal tetapi kadang-kadang terjadi di *oksipital* dan resisten terhadap pemberian analgesik biasa.
 4. Nyeri abdomen-nyeri epigastrium atau kuadran kanan atas sering merupakan gejala preeklamsia berat dan dapat diindikasikan bahwa akan segera terjadi kejang. Keluhan ini mungkin disebabkan oleh peregangan kapsul hati karena edema dan perdarahan.
 5. Gangguan penglihatan dan berbagai gangguan penglihatan, mulai dari kekaburan penglihatan ringan sampai skotoma hingga kebutaan parsial atau total dapat menyertai preeklamsia. Kelainan ini akibat *vasopasme*, *iskemia* dan perdarahan petekial didalam *korteks oksipitalis*. Pada sebagian perempuan, gejala-gejala penglihatan terjadi akibat spasme *arteriol retina*, *iskemia*, dan *edema*. Sedangkan pada kasus-kasus yang jarang, ablasio retina.
- Kriteria minimum preeklamsia menurut Cunningham dkk, (2012) :
- a. TD >140/90mmHg yang terjadi setelah kehamilan 20 minggu.

b. Proteinuria $\geq 30\text{mg}/24$ jam atau $>$ pada pemeriksaan carik celup

1) Kemungkinan preeklamsia meningkat :

a) TD. $160/110$ mmHg

b) Proteinuria $2,0$ g/24 jam atau $>2+$ pada pemeriksaan carik celup (dipstick)

c) Kreatinin serum $1,2$ mg/dl, kecuali memang sebelumnya diketahui meningkat.

d) Trombosit $100.000/\text{Ul}$

e) Hemolisis mikroangiopati peningkatan LDH

f) Peningkatan kadar transaminase serum –ALT atau AST

g) Nyeri kepala yang persisten atau gangguan serebral atau visual

h) Nyeri epigastrik persisten.

6. Preeklamsia yang bertumpang tindih pada hipertensi kronis:

a. Proteinuria awitan baru $>300\text{mg}/24$ jam pada perempuan hipertensif, tetapi tidak ditemukan proteinuria sebelum kehamilan 20 minggu.

b. Peningkatan mendadak proteinuria atau tekanan darah atau trombosit $100.000/\text{ul}$ pada perempuan yang mengalami hipertensif dan proteinuria sebelum kehamilan 20 minggu.

2.2.5 Penatalaksanaan

Cunningham dkk, (2012) kehamilan yang disertai komplikasi hipertensi gestasional diterapi berdasarkan keparahan usia gestasi dan adanya preeklamsia. Prinsip tatalaksana, seperti yang ditekankan sebelumnya, juga mempertimbangkan cedera *sel endotel* dan disfungsi

multiorgan yang disebabkan oleh sindrom preeklamsia. Preeklamsia tidak selalu dapat didiagnosa pasti. Jadi berdasarkan sifat alami penyakit ini baik *American collage of obstetricians and gynecologist* (2002) maupun kelompok kerja *National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP)* (2000) menganjurkan kunjungan antenatal yang lebih sering, bahkan jika hanya preeklamsia yang dicurigai. Meningkatnya tekanan darah sistolik dan diastolik dapat merupakan perubahan fisiologis normal atau tanda penyakit yang sedang berkembang.

Tujuan penatalaksanaan dasar untuk semua kehamilan yang dipersulit oleh hipertensi yang dipicu oleh kehamilan adalah:

Terminasi kehamilan dengan kemungkinan trauma terkecil bagi ibu dan janinnya.

1. Lahirnya bayi yang kemudian dapat tumbuh kembang
2. Pemulihan total kesehatan ibu. Pada kasus-kasus preeklamsia tertentu, terutama pada perempuan aterm atau mendekati aterm, ketiga tujuan ini mungkin dapat dipenuhi seluruhnya dengan induksi partus yang hati-hati. Oleh karena itu informasi terpenting untuk keberhasilan penatalaksanaan semua kehamilan terutama kehamilan yang dipersulit oleh hipertensi adalah usia janin.

Tirah baring merupakan pengobatan rawat jalan tidak mendapat tempat dalam pelaksanaan hipertensi yang dipicu atau yang diperberat oleh kehamilan. Tirah baring hampir sepanjang hari merupakan hal yang penting. Selain itu para perempuan ini

harus diperiksa paling sedikit dua kali seminggu dan harus diberi tahu secara rinci mengenai gejala-gejala yang harus dilaporkan. Pada peningkatan tekanan darah yang ringan, respon terhadap cara ini umumnya segera tampak tetapi pasien kooperatif dan *ahlo obstetri* harus waspada. Kadang-kadang kita menjumpai kasus preklamsia yang fulminan atau terlalaikan, dengan tekanan darah melebihi 160/110 mmHg, edema, dan proteinuria. Nyeri kepala gangguan penglihatan atau nyeri *epigastrium* merupakan petunjuk bahwa mungkin segera timbul kejang dan *oliguria* merupakan tanda buruk lainnya pada preeklamsia. Preeklamsia berat memerlukan terapi anti kejang dan biasanya antihipertensi yang diikuti oleh kelahiran janin. Pengobatan sama dengan eklamsia. Tujuan utama adalah untuk mencegah kejang, mencegah pendarahan intrakranium dan kerusakan serius terhadap organ vital lain serta melahirkan bayi yang sehat (Gant & Cunningham, 2010)

2.2.6 Tanda dan Gejala

Tanda-tanda preeklamsia biasanya timbul dalam urutan penambahan berat badan yang berlebihan diikuti oedema, hipertensi dan akhirnya proteinuria. Pada preeklamsia ringan tidak ditemukan gejala-gejala subyektif pada preeklamsia ditemukan sakit kepala didaerah frontal, skotoma, diploopia, penglihatan kabur, nyeri di daerah *epigastrium*, mual dan muntah-muntah. Gejala-gejala ini sering ditemukan pada preeklamsia yang meningkat dan merupakan petunjuk bahwa eklamsia akan timbul.

2.2.7 Perubahan Psikologi

Normotensive pada wanita hamil dihubungkan dengan perubahan *cardiovascular* termasuk meningkatnya kerja jantung, volume darah dan *cardiac output*. Hal ini menyebabkan sel *endothelia* rusak sehingga perbandingan antara *vasodilator* dan *vasokonstriksi*. Perbandingan ini disebabkan karena untuk menopang hipertensi dengan adanya hipertensi bersama-sama dengan sel *endothelia* rusak mempengaruhi pembuluh, sehingga terjadi kebocoran plasma dan rusaknya pembuluh darah sehingga dihasilkan oedema kemudian menuju ke jaringan.

Pengurangan cairan ke *intravaskuler* disebabkan *hypoluemia* dan *hemokonsentrasi* ini adalah reflek untuk meningkatnya *haematokrit*. Dalam kasus yang parah paru-paru dapat menjadi macet dengan adanya cairan dan berkembang menjadi oedema pulmonary, oksigen rusak dan sehingga terjadi sianosis. Dengan *vasokonstriksi* dan *distruption* ke *vascular endothelium* menjadi *coagulasi* aktif. Meningkatnya produksi *trombositopenia* dan *responsible* untuk *disseminated intravaskuler coagulation* (DIC). *Vasopasme* menghasilkan *arteiolus* menyebabkan pengurangan aliran darah menuju ke ginjal yang menjadikan *hypoxia* dan oedema.

2.2.8 Klasifikasi preeklamsia

Klasifikasi preeklamsia menjadi dua golongan (Marmi, 2014:68).

1. Preeklamsia ringan
 - a. Tekanan darah 140/90 mmHg atau kenaikan diastolik 15 mmHg atau lebih (diukur pada posisi berbaring) atau kenaikan sistolik 30

mmHg atau lebih. Cara pengukuran sekurang-kurangnya pada 2x pemeriksaan dengan jarak.

- b. Proteinuria 0,3 gr/lit atau 1+ atau 2+
 - c. Edema pada kaki , jari, muka, dan berat badan naik >1 kg/mg.
2. Preeklamsia berat
- a. Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih
 - b. Proteinuria,5 gr/lit atau lebih
 - c. Oliguria jumlah urine < 500cc per 2 jam
 - d. Terdapat oedem paru dan sianosis
 - e. Adanya gangguan serebral, gangguan visus, dan rasa nyeri di epigastrium.





2.3 Konsep Masalah Keperawatan Ansietas

2.3.1 Pengertian Ansietas

Ansietas adalah suatu keadaan emosional yang tidak menyenangkan yang ditandai oleh rasa ketakutan dan gejala fisik yang menegangkan serta tidak diinginkan (Davies, 2009). Kecemasan adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Individu yang merasa cemas akan merasa tidak nyaman atau takut, namun tidak mengetahui alasan kondisi tersebut terjadi. Kecemasan tidak memiliki stimulasi yang jelas yang dapat diidentifikasi (Videbeck, 2012). Cemas (ansietas) merupakan sebuah emosi dan pengalaman subjektif yang dialami seseorang dan berhubungan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya (Kusumawati dan Hartono, 2012). Kecemasan merupakan reaktivitas emosional berlebihan, depresi yang tumpul atau kontraks sensitif, respon emosional. Cemas adalah perasaan takut terus menerus terhadap bahaya yang seolah-olah terus mengancam yang sebenarnya tidak nyata tetapi hanya dalam perasaan penderita saja. Kecemasan timbul jika satu perasaan tidak enak ditekan dan penderita menjadi takut dapat juga berasal dari perasaan tidak puas, tidak aman, dan juga timbul dari pertentangan antara penderita dengan lingkungan sekitar (Clift, 2011).

2.3.2 Etiologi Ansietas

Etiologi ansietas bervariasi dan terjadi sepanjang rentang kehidupan individu. Mengurangi faktor-faktor yang berhubungan dalam kategori yang luas “persepsi akan ancaman”. Ansietas mudah dikenali

pada seorang pasien, tapi sulit untuk di diagnosa karena rentangnya yang terus berlanjut yaitu dari status normal, ke kondisi di stress, berkembang jadi gangguan total (Maas dkk, 2011).

2.3.3 Manifestasi klinis

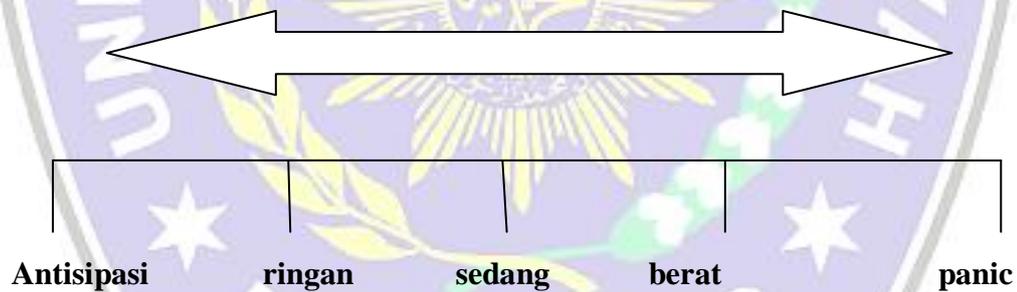
Gangguan ansietas harus dibedakan dengan reaksi terhadap stress, yang gambaran utamanya berupa ansietas. Hal ini merupakan gambaran reaksi stress akut respon cepat (dalam menit atau jam) terhadap kejadian dalam hidup yang berat dan menyebabkan ansieas dengan gangguan otonom dan disorientasi serta reaksi penyesuaian respon yang lebih lambat terhadap kejadian-kejadian hidup (seperti kehilangan pekerjaan, pindah rumah atau perceraian yang beberapa hari atau minggu kemudian menjadi gejala ansietas, mudah marah dan depresi (tanpa gejala biologis). Gangguan-gangguan tersebut biasanya bersifat sembuh sendiri dan dapat diobati dengan meyakinkan pasien, ventilasi serta cara memecahkan masalah. Reaksi stress yang lebih khas, gangguan stress pasca trauma (Mas dkk, 2011). Gangguan ansietas menyeluruh ini mengenai 2,5% populasi umum, dengan angka kejadian perempuan sedikit lebih tinggi tetapi diperkirakan mencapai hampir 30% konsultasi “psikiatrik” di praktek umum, onset gangguan ini pada awal masa dewasa dan perjalannya mungkin kronik, dengan prognosis yang lebih buruk jika terjadi pada perempuan. Beberapa predisposisi genetik telah ditemukan, trauma pada perawat untuk memonitor keadaan pasien selama pengkajian analisis perencanaan dan implementasi intervensi (Nursalam, 2008:135)

1. Shah (dalam M. Nur Ghufroon & dan Rini Risnawita, S, 2014 : 144)
membagi kecemasan menjadi tiga aspek yaitu :

- a. Aspek fisik seperti pusing, sakit kepala, tangan mengeluarkan keringat, menimbulkan rasa mual pada perut, mulut kering, grogi, dll.
- b. Aspek emosional seperti timbulnya rasa panik dan rasa takut
- c. Aspek mental atau kognitif, timbulnya gangguan terhadap perhatian dan memori, rasa khawatir, ketidakteraturan dalam berfikir, dan bingung.

2.3.4 Tingkat respon ansietas

Tingkatan kecemasan dibagi menjadi 4 antara lain respon adaptif respon maladaptive:



Gambar 2.1 Rentang tingkat ansietas (Peplau, 1952 dalam Hawari 2001)

1. Ansietas ringan

Kecemasan yang berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada

dan meningkatkan lahan persepsinya. Kecemasan ringan mempunyai karakteristik:

- a. Berhubungan dalam ketegangan sehari-hari
- b. Kewaspadaan meningkat
- c. Persepsi terhadap lingkungan meningkat
- d. Dapat menjadi motivasi positif untuk belajar.
- e. Respon fisiologis: sesekali nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat sedikit, gejala ringan pada lambung, muka berkerut, serta bibir bergetar.
- f. Respon kognitif: mampu menerima rangsangan yang kompleks konsentrasi pada masalah secara efektif, dan terangsang untuk melakukan tindakan.
- g. Respon perilaku dan emosi: tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan, suara kadang-kadang meninggi.

2. Ansietas sedang

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada masalah yang penting dan mengesampingkan yang lain sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang terarah. Kecemasan sedang mempunyai karakteristik:

- a. Kecepatan denyut jantung dan pernafasan meningkat
- b. Bicara cepat dengan volume tinggi
- c. Lahan persepsi menyempit
- d. Mampu untuk belajar namun tidak optimal

- e. Kemampuan konsentrasi menurun
- f. Mudah tersinggung
- g. Respon biologis: sering nafas pendek tekanan darah meningkat, mulut kering, anoreksia, diare/konstipasi, sakit kepala sering berkemih dah letih.
- h. Respon kognitif: memusatkan perhatian pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, lapang persepsi menyempit dan rangsangan dari luar tidak dapat diterima.

3. Ansietas berat

Kecemasan berat sangat mengurangi lahan persepsi seseorang, memusatkan pada yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berfikir tentang hal lain. Manifestasi yang muncul pada tingkat ini adalah mengeluh pusing, sakit kepala, mual, insomnia, sering kencing, diare, tidak mau belajar secara efektif, perasaan tidak berdaya, bingung, disorientasi mempunyai karakteristik:

- a. Individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja mengabaikan hal yang besar.
- b. Respon fisiologis: nafas pendek nadi dan tekanan darah naik. Berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur dan tampak tegang.
- c. Respon kognitif: tidak mampu berfikir berat membutuhkan banyak pengarahan, serta lapang persepsi menyempit.
- d. Respon perilaku emosi : perasaan terancam dan meningkat menjadi terganggu.

4. Panik (Sangat berat)

Panik berhubungan dengan ketakutan dan teror karena kehilangan kendali, orang yang panik tidak dapat melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Tanda gejala yang terjadi pada keadaan ini adalah susah bernafas, pembicaraan, inkoheren, tidak dapat berespon terhadap perintah, berteriak, menjerit, mengalami halusinasi dan delusi. Panik mempunyai karakteristik.

- a. Respon fisiologis: napas pendek, rasa tercekik, sakit dada, pucat, hipotensi, serta rendahnya koordinasi motorik.
- b. Respon kognitif: gangguan realitas, tidak dapat berfikir logis, persepsi terhadap lingkungan mengalami distorsi, dan ketidakmampuan memahami situasi.
- c. Respon perilaku dan emosi: agitasi, mengamuk, marah, ketakutan, berteriak-teriak, kehilangan kendali dan control diri, serta dapat berbuat sesuatu yang dapat membahayakan dirinya

(Lestari, 2015:6)

Tabel 2.1 Tingkat Respon Ansietas

Tingkat Ansietas	Respon Fisik	Respon Kognitif	Respon Emosional
Ringan	Ketegangan otot ringan, sadar akan lingkungan, rileks atau sedikit gelisah, penuh perhatian, rajin.	Lapang persepsi luas, terlihat tenang, percaya diri, perasaan gagal sedikit mempertimbangkan, informasi tingkat pembelajaran optimal.	Perilaku otomatis, sedikit tidak sabar, aktivitas meyakini, tersimulasi, tenang.
Sedang	Ketegangan otot sedang tanda-tanda vital meningkat, pupil dilatasi, mulai berkeringat, suara berubah, nada suara tinggi, kewaspadaan dan ketegangan meningkat, sering berkemih, sakit kepala, pola tidur berubah, nyeri punggung.	Lapang persepsi menurun, tidak perhatian secara selektif, tidak fokus, stimulus meningkat, rentang perhatian menuru, pembelajar, terjadi dengan memfokuskan	Tidak nyaman, mudah tersinggung, kepercayaan diri goyah, tidak sabar, gembira.
Berat	Ketegangan otot berat, hiperventilasi, kontak mata buruk, keringat meningkat, bicara cepat, nada suara tinggi, tindakan tanpa tujuan, rahang menegang, menggertakan gigi, mondar-mondir, berteriak, meremas tangan dan gemetar.	Lapang persepsi terbatas, proses berfikir terpecah, sulit berfikir, penyelesaian masalah buruk, tidak mampu mempertimbangkan informasi, hanya memperhatikan ancaman egosentris.	Sangat cemas, agitasi, takut bingung, merasa tidak kuat, menarik diri, penyangkalan ingin bebas.
Panik	Flight, fight, atau freeze, ketegangan otot sangat berat, agitasi motorik kasar, pupil dilatasi, tanda-tanda vital meningkat, lalu menurun, tidak dapat tidur, wajah menyeringai, mulut terganggu.	Persepsi sangat sempit, pikiran tidak logis, terganggu kepribadian kacau, tidak dapat menyelesaikan, masalah, fokus pada pikiran sendiri, tidak rasional, sulit memahami stimulisai, eksternal, halusinasi, waham, ilusi mungkin terjadi.	Merasa terbebani, merasa tidak mampu, tidak berdaya lepas kendali, mengamuk, putus asa, marah, sangat takut, mengharapkan, hasil yang buruk, kaget, takut, lelah,

(Vedbeck: 2008:1)

2.3.5 Skala kecemasan *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*

Kecemasan dapat diukur dengan alat ukur kecemasan yang disebut HARS (Hamilton anxiety rating scale). Merupakan pengukuran kecemasan yang berdasarkan pada munculnya symptom pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 symptom yang tampak pada individu yang mengalami kecemasan setiap item yang diobservasi diberi tingkatan skor 0 sampai dengan 4 skala HARS digunakan pertama kali tahun 1959 yang diperkenalkan oleh Max Hamilton, HARS terdiri dari 14 item antara lain.

1. Perasaan cemas firasat buruk, takut akan fikiran sendiri, mudah tersinggung.
2. Merasa tegang, lesu tidak bisa istirahat tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar dan gelisah.
3. Ketakutan terhadap gelap terhadap orang asing dan takut ditinggal sendiri.
4. Gangguan tidur, sukar memulai tidur, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
5. Gangguan kecerdasan, penurunan daya inggat, mudah lupa, sulit konsentrasi.
6. Perasaan depresi, hilangnya minat, sedih, bangun dini hari perasaan berubah-ubah.
7. Gejala somatik nyeri pada otot dan kaku kedutan otot, gerakan gigi, dan suara tidak stabil.

8. Gejala sensorik, tinnitus (telinga berdengging), penglihatan kabur, muka merah dan pucat.
9. Gejala kardiovaskuler, takikardi, nyeri dada, berdebar-debar denyut nadi menggeris dan rasa lemas (pingsan).
10. Gejala pernafasan, rasa tertekan didada, perasaan tercekik, sering menarik nafas panjang dan merasa nafas pendek.
11. Gejala gastrointestinal: sulit menelan, onstipasi, berat badan menurun, mual, muntah, nyeri lambung, sebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut.
12. Gejala urugenital: sering kencing, tidak dapat menahan kencing, aminorea, ereksi lemah atau impotensi
13. Gejala vegetative : mulut kering mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.
14. Perilaku sewaktu wawancara: gelisah jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat dan napas pendek dan cepat.

2.3.6 Perhitungan kecemasan

Menurut Hawari (2004) mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat dan berat sekali, orang menggunakan alat ukur (instrumen) yang dikenal dengan nama *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HARS). Alat ukur ini terdiri 14 kelompok gejala yang masing-masing kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik. Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (skore) antara 0-4, yang artinya adalah

1. Nilai 0 = tidak ada gejala / keluhan
2. Nilai 1 = gejala ringan / satu dari gejala yang ada
3. Nilai 2 = gejala sedang / separuh dari gejala yang ada
4. Nilai 3 = gejala berat / lebih dari separuh dari gejala yang ada
5. Nilai 4 = gejala berat sekali / semua dari gejala yang ada

Masing- masing nilai angka (skore) dari 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, yaitu:

Total nilai (skore):

1. < 6 = tidak ada kecemasan.
2. $6 - 14$ = kecemasan ringan.
3. $15 - 27$ = kecemasan sedang.
4. $28 - 48$ = kecemasan berat
5. > 48 = kecemasan berat sekali / panik

(Hawari, 2004)

Adapun hal- hal yang dinilai dalam alat ukur HARS ini adalah sebagai berikut:

1. Perasaan cemas (ansietas)
 - a. Cemas
 - b. Firasat buruk
 - c. Takut akan pikiran sendiri
 - d. Mudah tersinggung.
2. Ketegangan
 - a. Merasa tegang

- b. Lesu
- c. Tidak bisa istirahat dengan tenang
- d. Mudah terkejut
- e. Mudah menangis
- f. Gemetar
- g. Gelisah

3. Ketakutan

- a. Pada gelap
- b. Pada orang asing
- c. Ditinggal sendiri
- d. Pada binatang besar
- e. Pada keramaian lalu lintas
- f. Pada kerumunan banyak orang

4. Gangguan tidur

- a. Sukar masuk tidur
- b. Terbangun malam hari
- c. Tidur tidak nyenyak
- d. Bangun dengan lesu
- e. Banyak mimpi- mimpi
- f. Mimpi buruk
- g. Mimpi menakutkan

5. Gangguan kecerdasan

- a. Sukar konsentrasi
- b. Daya ingat menurun



- c. Daya ingat buruk
6. Perasaan depresi (murung)
- a. Hilangnya minat
 - b. Berkurangnya kesenangan pada hobi
 - c. Sedih
 - d. Bangun dini hari
 - e. Perasaan berubah- ubah sepanjang hari
7. Gejala somatik/ fisik (otot)
- a. Sakit dan nyeri di otot- otot
 - b. Kaku
 - c. Kedutan otot
 - d. Gigi gemerutuk
 - e. Suara tidak stabil
8. Somatik/ fisik (sensorik)
- a. Tinitus (telinga berdengung)
 - b. Penglihatan kabur
 - c. Muka merah/ pucat
 - d. Merasa lemas
 - e. Perasaan di tusuk-tusuk
9. Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah)
- a. Takikardia (denyut jantung cepat)
 - b. Berdebar-debar
 - c. Nyeri di dada
 - d. Denyut nadi mengeras

- e. Rasa lesu/ lemas seperti mau pingsan
- f. Detak jantung menghilang (berhenti sekejap)

10. Gejala respiratori (pernapasan)

- a. Rasa tertekan / sempit di dada
- b. Rasa tercekik
- c. Sering menarik napas
- d. Napas pendek / sesak

11. Gejala gastrointestinal (pencernaan)

- a. Sulit menelan
- b. Perut melilit
- c. Gangguan pencernaan
- d. Nyeri sebelum dan sesudah makan
- e. Perasaan terbakar di perut
- f. Rasa penuh / kembung
- g. Mual
- h. Muntah
- i. Buang air besar lembek
- j. Sukar buang air besar (konstipasi)
- k. Kehilangan berat badan

12. Gejala urogenetal (perkemihan dan kelamin)

- a. Sering buang air kecil
- b. Tidak dapat menahan air seni
- c. Tidak datang bulan (tidak ada haid)
- d. Darah haid berlebihan

- e. Darah haid amat sedikit
- f. Masa haid berkepanjangan
- g. Masa haid amat pendek
- h. Haid beberapa kali dalam sebulan
- i. Menjadi dingin (frigid)
- j. Ejakulasi dini
- k. Ereksi melemah
- l. Ereksi hilang
- m. Impotensi

13. Gejala autonom

- a. Mulut kering
- b. Muka merah
- c. Mudah berkeringat
- d. Kepala pusing
- e. Kepala terasa berat
- f. Kepala terasa sakit
- g. Bulu-bulu berdiri.

14. Tingkah laku (sikap) pada wawancara

- a. Gelisah
- b. Tidak tenang
- c. Jari gemetar
- d. Kerut kening
- e. Muka tegang
- f. Otot tegang / mengeras

- g. Napas pendek dan cepat
- h. Muka merah

(Hawari, 2004)

2.3.6 Jenis-Jenis Kecemasan (*Anxiety*)

Menurut Spilberger (dalam Triantoro Safaria & Nofrans Eka Saputra, 2012) kecemasan dalam dua bentuk, yaitu:

1. *Trait anxiety* yaitu adanya rasa khawatir dan terancam yang menghingapi diri sendiri terhadap kondisi yang sebenarnya tidak berbahaya. Kecemasan ini disebabkan oleh kepribadian individu yang memang memiliki potensi cemas dibandingkan dengan individu yang lainnya.
2. *State anxiety* merupakan kondisi emosional dan keadaan sementara pada diri individu dengan adanya perasaan tegang dan khawatir apa yang dirasakan secara sadar serta bersifat subjektif.

Sedangkan menurut Freud (dalam Feist & Feist, 2012) membedakan kecemasan dalam 3 jenis, yaitu:

- a. Kecemasan neurosis

Kecemasan neurosis adalah rasa cemas akibat bahaya yang tidak di ketahui. Perasaan itu berada pada ego, tetapi muncul dari dorongan. Kecemasan neurosis bukanlah ketakutan pada insting-insting itu sendiri, namun ketakutan terhadap hukuman yang mungkin terjadi jika suatu insting dipuaskan.

b. Kecemasan moral

Kecemasan ini berakar dari konflik antara ego dan super ego. Kecemasan ini dapat muncul karena kegagalan bersikap konsisten dengan apa yang mereka yakini beban secara moral. Kecemasan moral merupakan rasa takut terhadap suara hati. Kecemasan moral juga memiliki dasar dalam realitas, dimasa lampau sang pribadi pernah mendapat hukuman karena melanggar norma dan dapat di hukum kembali.

c. Kecemasan realistik

Kecemasan realistik adalah merupakan perasaan yang tidak menyenangkan dan tidak spesifik yang mencakup kemungkinan bahaya itu sendiri. Kecemasan realistik merupakan rasa takut akan adanya bahaya-bahaya nyata yang berasal dari dunia luar.

2. 4 Konsep Asuhan Keperawatan Preeklamsia

2.4.1 Pengkajian

Menurut Sumiatun, (2010:126) menyatakan pengkajian merupakan tahap pertama dari proses keperawatan yang mencakup pengumpulan data, menyusun, validasi, dan pencatatan data.

Pengkajian dalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan dan sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan

asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu atau klien (Nursalam, 2008). Pengkajian dilakukan sebelum penetapan diagnose keperawatan. Pengkajian merupakan proses yang *continue* atau terus menerus dilakukan setiap tahap proses keperawatan. Semua tahap proses keperawatan tergantung pada pengumpulan data atau informasi yang lengkap dan akurat. Proses pengkajian mencakup empat kegiatan yaitu pengumpulan data, penyusunan data, validasi data dan pencatatan data.

1. Pengkajian identitas

a. Sebelum melakukan anamnesis, pastikan bahwa identitas sesuai dengan catatan medis, perawat hendaknya memperkenalkan diri, sehingga terbentuk hubungan yang baik dan saling percaya yang akan mendasari hubungan terapeutik selanjutnya antara perawat dan klien dalam melakukan asuhan keperawatan. Yang terdiri atas (identitas, alamat, usia, pendidikan, pekerjaan, agama, dan suku bangsa).

b. Identitas penanggung jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama pendidikan, alamat, status perkawinan, dan hubungan dengan pasien.

3. Keluhan utama

Keluhan yang sering dialami ibu preeklamsia sebagai berikut:

a. Pada ibu yang menderita preeklamsia ditandai dengan terjadi peningkatan tensi, edema, pusing, nyeri epigastrium, mual muntah, penglihatan kabur.

b. Ansietas

Pada ibu preeklamsia akan mengalami peningkatan tensi, pusing dan adanya edema maka dari itu ibu penderita preeklamsia sering mengalami kecemasan.

c. Riwayat kehamilan persalinan dan Nifas

a. Riwayat nifas sekarang

Pada ibu hamil preeklamsia harus di anjurkan untuk menyusui dapat melindungi bayi dari alergi tertentu, dan lahirnya bayi yang kemudian dapat berkembang, dan memulihkan secara sempurna kesehatan ibu.

b. Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit penyerta seperti yang dialami saat ini. Ibu menyusui sampai usia dua tahun. Terdapat pengeluaran *lochea rubra* sampai hari ketiga berwarna merah. *Lochea alba* hari kesepuluh kelima belas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran *lochea purulenta*, *lochea stasis*, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu yang menyusui kurang dari 2 tahun (Manuaba, 2012:201).

d. Riwayat Kebidanan

a. Riwayat haid

Dengan memberikan ASI maka kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu .

sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum mestruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2012: 203). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan sel telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama menyusui (Saifuddin, 2014:129)

b. Riwayat KB

Seorang wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama menyusui . oleh karena itu, metode *amenorhe* laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saiffudin, 2014:129)

e. Riwayat penyakit dahulu

a. Pengaruh penyakit jantung

Pengaruh penyakit jantung dalam masa pasca persalinan menurut Manuaba (2012: 337) yaitu:

- 1) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membaniri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.
- 2) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI
- 3) Mudah terjadi infeksi post partum, yang memerlukan kerja tambahan jantung.

4) Ibu yang pernah mengalami episode hipertensi pada kehamilan dapat terus mengalami hingga pascapartum (fraser *et al*, 2009: 629).

f. Riwayat kesehatan keluarga

Mengkaji apakah dalam keluarga ada yang mempunyai penyakit menurun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus, serta penyakit yang menular seperti HIV-AIDS dan kanker serviks.

g. Riwayat psikososial

Menurut Marmi (2015) fase psikologi masa nifas di bagi menjadi tiga bagian yaitu:

a. Fase *taking in*

Periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat ini focus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakan. Hal ini cenderung ibu menjadi pasif terhadap lingkungannya.

b. Fase *taking hold*

Fase kedua masa nifas adalah fase *taking hold* berlangsung antar tiga sampai tiga sepuluh hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk

menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri.

c. *Fase letting go*

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya sudah meningkat (Marmi, 2015:113-114).

h. Pola kesehatan sehari-hari

a. Nutrisi

Ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (saifudin, 2014:128).

b. Eliminasi

Anestesi dapat mengakibatkan hilangnya sensasi pada area bladder sampai anestesi hilang, kateter dapat dilepas dari setelah 12 jam operasi atau keesokan harinya. Segera setelah pasca partum kandung kemih, edema, mengalami kongesti dan hipotonik, yang dapat menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap dan residu urin yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara

periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama pospartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima pascapartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstitial dan kelebihan volume cairan (Varney *et al*, 2008:961).

c. *Personal hygiene*

Mengajarkan pada ibu bagaimana cara membersihkan daerah insisi. Luka insisi dispeksi setiap hari sehingga pembalut luka alternative ringan tanpa banyak plester sangat menguntungkan, secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari keempat setelah pembedahan. Paling lambat hari ketiga post partum pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi. Selain itu pakaian juga dapat dilonggarkan terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan mempengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap, sehingga *lochea* tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kasa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan *lochea* (Manuaba, 201:202).

d. Istirahat:

Anjurkan ibu beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal yaitu mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (saifuddin, 2014:127).

e. Aktivitas

Pada ibu hamil penderita preeklamsia sementara untuk aktivitas sebisa mungkin membatasi aktivitas. Jangan terlalu lelah dan memaksakan diri melakukan aktivitas sehari-hari terlalu berat.

F. Reproduksi dan seksualitas

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari kedalam lubang vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Saifuddin, 2012: 128).

i. Pemeriksaan fisik

a. Kepala: Biasanya ibu hamil akan ditemukan kepala yang berketombe dan kurang bersih serta pada ibu hamil dengan preeklamsia akan mengalami sakit kepala.

Muka: Biasanya pada ibu hamil preeklamsia wajah tampak oedem.

b. Mata: Biasanya pada ibu hamil dengan preeklamsia ditemukan konjungtiva anemis dan bisa juga ditemukan oedem pada palpebra. Pada ibu hamil yang mengalami preeklamsia biasanya akan terjadi gangguan penglihatan yaitu, penglihatan kabur.

c. Telingga: biasanya pada ibu hamil tidak ada kelainan pada telinga yaitu telinga simetris, tidak ada lesi, tidak oedem.

d. Hidung: biasanya pada ibu hamil tidak ditemukan gangguan

e. Mulut: biasanya akan terjadi pembengkakan vaskuler pada gusi, menyebabkan kondisi gusi menjadi hiperemik dan lunak, sehingga gusi bisa mengalami pembengkakan dan perdarahan.

f. Leher: biasanya akan ditemukan pembesaran pada kelenjer tiroid.

g. Thorak

1) Paru-paru: akan terjadi peningkatan respirasi, edema paru, dan nafas pendek.

- 2) Jantung: pada ibu hamil terjadi palpitasi jantung, pada ibu yang mengalami preeklamsia dalam kehamilan bisa juga terjadi dekomposisi jantung.
 - 3) Sistem pernafasan: Pada ibu hamil dengan preeklamsia akan ditemukan hiper refleksia.
- h. Ketiak: Biasanya pada ibu hamil tidak di temukan masalah atau normal.
- i. Payudara: biasanya akan ditemukan payudara membesar, lebih padat dan lebih keras, puting menonjol dan areola menghitam dan membesar dari 3cm sampai 6cm, permukaan pembuluh darah menjadi lebih terlihat.
- j. Abdomen: pada ibu hamil akan ditemukan umbilicus menonjol keluar, dan membentuk uatu area berwarna gelap, dinding abdomen, serta akan ditemukan linea alba dan linea nigra. Pada ibu hamil preeklamsia biasanya akan ditemukan nyeri pada daerah epigastrium dan akan terjadi anoreksia, dan mual muntah.

Inspeksi: membesat atau tidak (pada kehamilan muda pembesaran abdomen mungkin belum nyata).

Palpasi: tentukan tinggi fundus uteri (pada kehamilan muda dilakukan dengan palpasi bimanual dalam, ukuran uterus baru dapat diperkirakan saat kehamilan sudah lebih besa.

Tinggi fundus dapat diukur dengan pita ukuran sentimeter (jarak antar fundus uteri dengan tepi atas simpisis of pubis).

Pemeriksaan palpasi Leopold dilakukan dengan sistematisa berikut ini:

a) Leopold I

Menentukan tinggi fundus dan meraba bagian janin yang berada difundus dengan kedua telapak tangan

b) Leopold II

Kedua telapak tangan menekan uterus dari kiri kanan, jari kearah kepala pasien, mencari sisi bagian besar (biasannya punggung) janin, atau mungkin bagian keras bullat (kepala janin).

c) Leopold III

Satu tangan meraba bagian janin apa yang terletak dibawah (di ats simfisis) sementara tangan lainnya menahan fundus untuk fiksasi untuk melihat apakah sudah masuk PAP atau belum.

d) Leopold IV

Kedua tangan menekan bagian bawah uterus dari kiri kanan, jari kearah kaki pasien, untuk konfirmasi bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian tersebut sudah masuk/melewati pintu atas panggul (biasannya dinyatakan dengan satuanx/5)

(Vivian, 2014:158).

k. Pemeriksaan janin: biasanya ibu hamil dengan preeklamsia bisa terjadi bunyi jantung janin yang tidak teratur dan gerakan janin yang melemah.

l. Ekstremitas: pada ibu yang mengalami preeklamsia dalam kehamilan bisa ditemukan edema pada kaki dan tangan juga pada jari-jari.

m. Genitourinaria: biasanya pada ibu hamil dengan preeklamsia akan didapatkan oliguria dan proteinuria, pada ibu hamil dengan preeklamsia (Reeder, 2011;Mitayani, 2011).

n. Genetalia

Pada genetalia yang haru diperiksa adalah ada tidaknya pengeluaran darah pada vagina, warna darah , bai serba pengeluran *lockea* (saifuddin, 2014:124).

j. Pemeriksaan penunjang

Tes laboratorium merupakan hal penting untuk menilai adanya masalah pada ibu hamil. Jika masalah dapat tertangani, maka akan mencegah kematian dan kesakitan pada ibu dan anak. Tes lain berguna jika hanya ada indikasi perlunnya tes tersebut. Tes laboratorium yang diperlukan adalah sebagai berikut (Vivian, 2014:170).

a. Hemoglobin

b. Protein urine

c. Glukosa dalam urine

- d. Faktor rhesus
- e. Golongan darah
- f. Hiv
- g. Rubella
- h. Tinja

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa preeklamsia ditegakkan atas timbulnya hipertensi disertai proteinuria setelah kehamilan 20 minggu. Tekanan darah disini tekanan darah sistolik yang lebih tinggi atau sama dengan 140 mmHg atau tekanan darah diastolic yang lebih tinggi atau sama dengan 90 mmHg. Dan untuk proteinuria didapatkan kadar protein 0,3 gram atau lebih yang diukur dari urine tamping 24 jam dan berdasarkan definisi dan klasifikasi diatas (Angsar, 2008).

Dalam studi kasus ini penulis mengambil deiangnosa keperawatan prioritas berdasarkan masalah keperawatn yang muncul dalam pengambilan studi kasus yaitu:

- a. Gangguan psikologis cemas b.d ancaman pada status kesehatan
- b. Resiko tinggi terjadinya distress pada janin b.d perubahan pada placenta.
- c. Resiko tinggi terjadinya kejang pada ibu b.d penurunan fungsi organ(vasopasme dan peningkatan tekanan darah).

2.4.3 Intervensi

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

No	DIANGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1	<p>Gangguan psikologis cemas b.d ancaman pada status kesehatan</p> <p>Definis Ansietasi : Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samara atau disertai respon autonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu); perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memampukan individu untuk bertindak menghadapi ancaman.</p> <p>Batasan karakteristik</p> <p>a. <i>Perilaku</i></p> <p>a) Agitasi b) Gelisah c) Gerakan ekstra d) Insomnia e) Kontak mata yang buruk f) Melihat sepintas g) Mengekspresikan kekhawatiran karena perubahan dalam peristiwa h) Penurunan produktivitas i) Perilaku mengintai j) Tampak waspada</p>	<p>NOC</p> <p>-<i>anxiety self control</i> -<i>anxiety level</i> -<i>coping</i></p> <p>Kriteria Hasil:</p> <p>a. Klien mampu mengidentifikasi dan mampu mengungkapkan gejala cemas b. Mengidentifikasi mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas c. Postur tubuh ekspresi wajah, bahasa tubuh tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan d. Penerimaan: status kesehatan e. Status kenyamanan: -status kenyamanan lingkungan -status kenyamanan fisik -status kenyamanan psikospiritual -status kenyamanan sosial kultur -kontrol diri terhadap impuls</p>	<p>Intervensi keperawatan yang disarankan untuk menyelesaikan masalah:</p> <p>a. Bimbingan antisipasif pengurangan kecemasan tekhnik menenangkan terapi relaksasi -pengurangan stress -relokasi -peningkatan keamanan -terapi validasi</p> <p>b. Pilihan intervensi tambahan -bantuan control marah -Terapi kesenian</p> <p>c. Managemen perilaku -persiapan melahirkan -dukungan emosianl -managemen lingkunagan -perawatan kehamilan resiko tinggi -monitor tanda-tanda vital</p>

b. *Afektif*

- a) Berfokus pada diri sendiri
- b) Disstres
- c) Gelisah
- d) Gugup
- e) Kesedihan yang mendalam
- f) Ketakutan
- g) Mengemertukan gigi
- h) Menyesal
- i) Peka
- j) Perasaan tidak adekuat
- k) Putus asa
- l) Ragu
- m) Sangat khawatir
- n) Senang berlebihan

c. *Fisiologis*

- a) Gemetar
- b) Peningkatan keringat
- c) Peningkatan ketegangan
- d) Suara bergetar
- e) Tremor
- f) Tremor tangan
- g) Wajah tegang

a. *Simpatis*

- a) Anoreksia
- b) Diare
- c) Dilatasi pupil
- d) Eksitasi kardiovaskuler
- e) Gangguan pernapasan
- f) Jantung berdebar-debar
- g) Kedutan otot
- h) Lemah
- i) Mulut kering
- j) Peningkatan denyut nadi
- k) Peningkatan frekuensi pernapasan
- l) Peningkatan tekanan darah
- m) Wajah memerah

b. *Parasimpatis*

-
- a) anyang-anyangan
 - b) diare
 - c) dorongan segera berkemih
 - d) gangguan pola tidur
 - e) kesemutan pada ekstremitas
 - f) letih
 - g) mual
 - h) nyeri abdomen
 - i) penurunan denyut nadi
 - j) pusing
- c. *kognitif*
- a) bloking pikiran
 - b) gangguan konsentrasi
 - c) gangguan perhatian
 - d) konfusi
 - e) lupa
 - f) melamun
 - g) menyadari gejala fisiologis
 - h) penurunan kemampuan untuk memecahkan masalah
 - i) penurunan lapang persepsi
-

2.4.4 Implementasi

Pelaksanaan atau implementasi adalah serangkaian tindakan pada keluarga, berdasarkan perawatan sebelumnya, tindakan perawat terhadap keluarga menurut Padila (2012) mencakup:

1. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:
 - a. Memberikan informasi : penyuluhan atau konseling
 - b. Megidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
 - c. Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah

2. Menstimulais keluarga untuk untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dengan cara;
 - a. Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
 - b. Mengidentifikasi sumber-sumber yang yang dimiliki keluarga
 - c. Mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan
3. Memberikan kepercayaan diri
 - a. Mendemostrasikan cara perawatan
 - b. Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
 - c. Mengawasi keluarga melakukan tindakan/ perawatan
4. Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi:
 - a. Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - b. Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
5. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara:
 - a. Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan keluarga.
 - b. Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

Metode yang dapat dilakukan untuk menerapkan implementasi dapat bervariasi seperti melalui partisipasi aktif keluarga, pendidikan, kesehatan, kontrak, manajemen kasus, kolaborasi dan konsultasi.

2.4.5 Evaluasi

Untuk penelitian keberhasilan tindakan, maka selanjutnya dilakukan tindakan-tindakan keperawatan, mungkin saja tidak dilakukan dalam satu kali kunjungan, untuk itu dilakukan dengan cara bertahap. Penilaian dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP (subyektif, obyektif, analisa dan planning (Padila, 2012).

SOAP adalah cara mencatat informasi tentang pasien yang berhubungan dengan masalah pasien yang terdapat pada catatan kebidanan/keperawatan. Konsep SOAP adalah sebagai berikut.

S : Catatan yang berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosis (data subyektif). Pada orang yang bisu dibagian data di belakang S ddiberi tanda “Nol” atau “X” sedangkan pada bayi atau anak kecil data subyektif ini dapat diperoleh dari orang tua. Data subyektif ini dapat digunakan untuk menguatkan diagnosis yang akan dibuat.

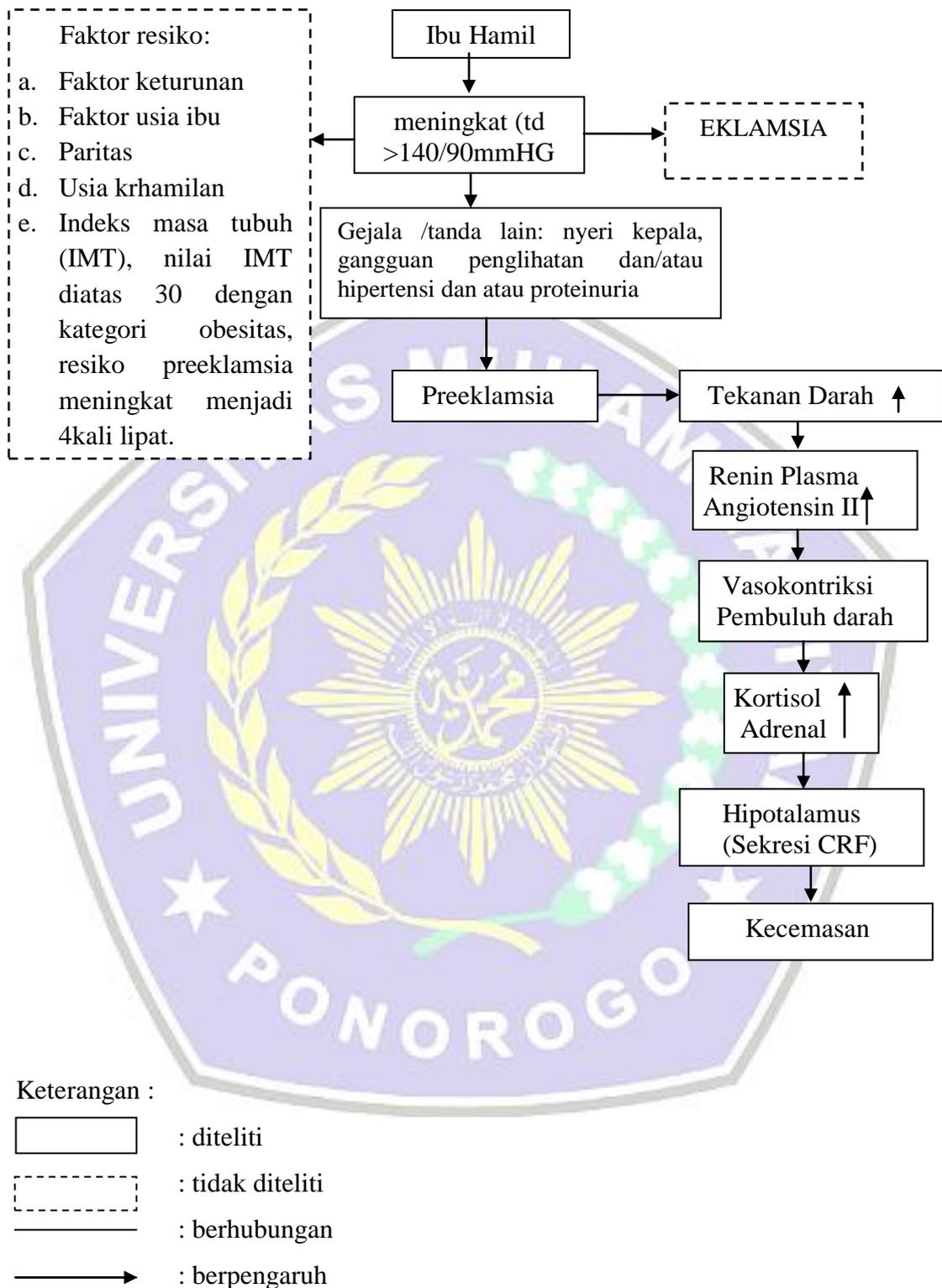
O : Data ini member bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis, data fisiologi, hasil observasi yang jujur, informasi kajian teknologi (hasil laboratorium, sinar X, rekaman USG, dan lain-lain) dapat digolongkan pada kategori ini. Apa yang di

observasi oleh bidan/ perawat akan menjadi komponen yang penting dari diagnosis yang akan ditegakkan.

A : Analisis atau *assessment* pengkajian yaitu masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif dan objektif yang dikumpulkan dan yang disimpulkan. Oleh karena keadaan pasien terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subjektif dan objektif serta sering diungkapkan secara terpisah-pisah maka proses pengkajian adalah suatu yang penting dalam mengikuti perkembangan pasien dan menjamin sesuatu perubahan baru cepat diketahui dan dapat diikuti sehingga dapat diambil tindakan yang tepat.

P : *plan/planning* perencanaan yaitu membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang ini untuk mengusahakan mencapai kondisi pasien sebaik mungkin atau menjaga/mempertahankan kesejahteraannya. Proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang diambil harus membantu pasien mencapai kemajuan dalam kesehatan dan/atau proses persalinan, serta harus mendukung rencana dokter apabila rencana tindakan tersebut dalam manajemen kolaborasi atau rujukan (Vivian, 2012).

2.4.6 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Teori Hubungan Pre Eklamsi Dengan Kecemasan