

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Medis**

##### **2.1.1 Pengertian Preeklampsia**

Preeklampsia adalah sindrom atau gejala yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan *proteinuria* yang muncul pada trimester kedua kehamilan dan pada usia kehamilan 37 minggu (trimester ketiga) ataupun dapat terjadi setelah persalinan (Lestari et al., 2020) dalam KTI (Inas, 2022).

Tolinggi et al (2018) dalam skripsi (Saddam, 2022) menyatakan preeklampsia adalah komplikasi kehamilan dan merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu hamil di Indonesia. Preeklampsia ditandai dengan hipertensi, adanya protein dan albumin dalam urin serta *edema*.

##### **2.1.2 Klasifikasi Preeklampsia**

Menurut Utari (2022) preeklampsia dapat dikategorikan menjadi dua:

###### **1. Preeklampsia ringan**

Preeklampsia ringan merupakan sindrom spesifik kehamilan yang ditandai dengan berkurangnya perfusi organ, mengakibatkan dilatasi pembuluh darah dan aktivasi endotel (Prawirohardjo, 2016).

a. Hipertensi : sistolik/diastolik  $\geq 140/90$  mmHg.

- b. *Proteinuria* :  $\geq 300$  mg/24 jam atau  $\geq 1$  +dipstick.
- c. *Edema* : *Edema* lokal tidak termasuk dalam kriteria preeklampsia, kecuali *edema* tangan, wajah dan perut, *edema generalisata*.

## 2. Preeklampsia berat

Preeklampsia berat merupakan preeklampsia dengan tekanan darah sistolik  $\geq 160$  mmHg dan tekanan darah diastolik  $\geq 110$  mmHg disertai proteinuria lebih 5 gr/24 jam (Prawirohardjo, 2016). Preeklampsia dapat digolongkan sebagai preeklampsia berat jika terjadi satu atau lebih gejala berikut:

- a. TD sistolik  $\geq 160$  mmHg dan TD diastolik  $\geq 110$  mmHg.
- b. *Proteinuria* lebih dari 5 g/24 jam atau 4 + dalam pemeriksaankualitatif.
- c. *Oliguria* jumlah urin kurang dari 500 cc/24 jam.
- d. Kenaikan kadar kreatinin plasma
- e. Gangguan visus dan serebral berupa penurunan kesadaran, nyeri kepala, skotoma dan pandangan kabur.
- f. Nyeri epigastrium atau nyeri perut bagian atas akibat peregangan kapsul Glisson.
- g. *Edema* paru dan *sianosis*
- h. *Hemolysis mikroangiopatik*
- i. *Trombositopenia* berat  $< 100.000$  sel/mm<sup>3</sup> atau penurunan trombosit dengan cepat.
- j. Gangguan fungsi hepar atau kerusakan hepatoseluler

berupa peningkatan kadar alanine dan *aspartate aminotransferase*.

k. Pertumbuhan janin intrauterine yang terhambat.

l. Sindrom *HELLP*.

### 2.1.3 Etiologi Preeklampsia

Penyebab pasti preeklampsia masih belum diketahui, namun dari beberapa teori menjelaskan bahwa penyebab preeklampsia adalah diantaranya; adanya kehamilan kembar, peningkatan frekuensi kehamilan *primigravida*, munculnya *mola hidatidosa*, obesitas pada ibu hamil, usia ibu hamil di bawah 18 tahun dan usia kehamilan di atas 35 tahun. Sementara itu, teori lain menyatakan bahwa preeklampsia disebabkan oleh gangguan multipel yang disebut juga *The Diseases Of Theory*. Berikut beberapa teori tersebut, yaitu:

a. Peran *Prostasiklin* dan *Tromboksan*

Hormon yang dikeluarkan memiliki efek penyeimbang pada tubuh, seperti organ yang kekurangan asam, penimbunan zat pembekuan darah, dan penyempitan pembuluh darah, mengakibatkan tekanan darah tinggi.

b. Peran Faktor Imunologis

Pembentukan *blocking antibodies* terhadap antigen plasenta tidak sempurna sehingga pada preeklampsia sering terjadi pada *primigravida* dan tidak berulang pada kehamilan berikutnya.

c. Peran Faktor Genetik

Anak memiliki risiko dari ibu dengan preeklampsia dan peran *Renin Angiotensin Aldosteron System (RAAS)* yang berperan

dalam faktor genetik, fungsi ginjal dikontrol oleh protein dalam urin, dan fungsi hati dikontrol oleh asupan makanan sehari-hari. (Sukarni, 2013) dalam skripsi (Saddam, 2022).

#### **2.1.4 Faktor Risiko Preeklampsia**

Faktor pertama adalah maladaptasi imunologis. Efek imunologi ini didukung oleh studi epidemiologi tentang kegagalan respon imun ibu, yang secara langsung mengarah pada invasi tromboplastik dan disfungsi plasenta. Diasumsikan bahwa kegagalan respon imun ini menyebabkan penurunan *human leukocyte antigen (HLA) G*-protein, yang biasanya diproduksi untuk membantu ibu mengenali komponen imunologis asing dari plasenta, atau penurunan pembentukan *blockade* antibodi untuk menekan kekebalan plasenta asing atau mencapai perlindungan kekebalan darinya.

Faktor kedua adalah predisposisi genetik. Preeklampsia dianggap terkait dengan *sigle recesives genedominant gen* dengan penetrasi tidak lengkap atau multifaktorial. Studi lain menyebutkan bahwa pasien dengan riwayat melahirkan anak dengan *intrauterine growth retardation (IUGR)* berisiko mengalami tekanan darah tinggi selama kehamilan. Faktor terakhir adalah faktor media-vaskular. Adanya defek vaskular menyebabkan penyakit seperti diabetes, hipertensi kronis, penyakit vaskular, resistensi insulin dan obesitas, yang mengurangi aliran darah ke plasenta sehingga meningkatkan risiko preeklampsia (Padilla & Agustien 2019).

### 2.1.5 Patofisiologi Preeklampsia

Patofisiologi preeklampsia tidak jelas, namun beberapa mekanisme diduga menyebabkan preeklampsia, seperti iskemik uteroplasental kronis, maladaptasi imun, toksisitas *very low-density lipoprotein (VLDL)*, genetik, peningkatan apoptosis dan nekrosis tropoblas, dan sebuah respon inflamasi maternal yang berlebihan. Beberapa studi terbaru menunjukkan bahwa ketidakseimbangan faktor angiogenik mungkin memainkan peran penting dalam timbulnya preeklampsia. Beberapa mekanisme yang disebutkan di atas mungkin saling terkait dan menyebabkan tanda-tanda klinis preeklampsia. Misalnya, *iskemia uteroplasenta* dapat menyebabkan peningkatan konsentrasi (Hypertension, 2019).

Saddam (2022) yang melaporkan penelitian tahun 2014 oleh Chaiworapongsa et al. menyatakan bahwa mekanisme utama preeklampsia adalah gangguan plasentasi karena *invasi trofoblas* yang tidak mencukupi pada arteri spiral ibu. Preeklampsia dianggap sebagai penyakit bifasik berdasarkan penelitian terbaru.

Pada tahap pertama, terjadi penurunan aliran darah ke plasenta akibat kegagalan regenerasi. Ini mengarah pada ketidakseimbangan antara faktor pro-angiogenik dan anti-angiogenik, yang menyebabkan kerusakan endotel yang mengarah ke tahap kedua: perkembangan sindrom ibu yang parah dengan kerusakan multiorgan sistemik. Selain keadaan antiangiogenik, salah satu faktor terpenting, mekanisme patogenik lainnya terlibat dalam preeklampsia, termasuk:

stres oksidatif, adanya *autoantibodi tipe 1 reseptor angiotensin II (ATI)*, aktivasi trombosit dan trombin, dan infeksi peradangan.

Status antiangiogenik pada preeklampsia sebagai overekspresi tirosin kinase seperti *soluble Fms-Like Tyrosine kinase -1 (sFlt-1)*, yang merupakan bentuk reseptor tipe 1. Faktor pertumbuhan *endotel vaskular (VEGF)*. *sFlt-1* mengikat *VEGF* dan faktor pertumbuhan plasenta (*PlGF*) dan menyebabkan kerusakan angiogenesis dan disfungsi endotel. *VEGF* dan *PlGF* penting untuk mempertahankan fungsi sel endotel, khususnya pada endotelium berfenestrasi yang ditemukan di otak, hati, dan glomerulus. Selama preeklampsia, konsentrasi plasma *sFlt-1* dalam plasma ibu meningkat secara signifikan bahkan sebelum diagnosis klinis penyakit, sedangkan kadar *VEGF* dan *PlGF* menurun secara signifikan.

Faktor antiangiogenik kedua yang terlibat dalam patogenesis preeklampsia adalah endoglin larut (*sEng*), koreseptor permukaan sel untuk *TGF- $\beta$*  (faktor pertumbuhan tumor  $\beta$ ), yang menginduksi migrasi dan proliferasi sel endotel. Konsentrasi plasma *sEng* pada ibu preeklampsia juga secara signifikan lebih tinggi daripada kontrol yang sehat. Stres oksidatif dan autoantibodi anti-*ATI* dapat merangsang produksi faktor antiangiogenik plasenta dan selanjutnya berkontribusi pada solusio plasenta dan perkembangan preeklampsia.



### 2.1.7 Manifestasi Klinis Preeklampsia

Saddam (2022) yang melaporkan penelitian tahun 2011 oleh Reeder et al. menyatakan bahwa ciri-ciri preeklampsia, antara lain :

- a. Munculnya hipertensi (tekanan darah tinggi), munculnya tekanan darah antara 140/90 mmHg yang merupakan salah satu gejala awal ibu hamil.
- b. *Proteinuria* (protein dalam urin), *proteinuria* yang dikeluarkan sebanyak 300 mg atau lebih selama 24 jam melalui urin
- c. Pertambahan berat badan, hal ini dinilai dengan kelebihan berat badan, kenaikan berat badan yang normal adalah 0,5 kg per minggu, namun jika berat badan bertambah 1 kg per minggu, dapat dicurigai adanya preeklampsia.
- d. Sakit kepala yang tidak berkurang dengan analgesik konvensional
- e. *Edema* (pembengkakan), pembengkakan pada lengan, wajah, tangan, dan kaki
- f. Gangguan penglihatan, penglihatan kabur, atau adanya bintik-bintik
- g. Kebingungan atau disorientasi
- h. Mual dan muntah kembali setelah pertengahan kehamilan
- i. Nyeri epigastrium, merupakan keluhan umum pada *PEB* yang disebabkan oleh tekanan pada kapsula hepar akibat pembengkakan atau perdarahan.

- j. Sesak napas dapat disebabkan oleh *edema* paru (kelebihan cairan di paru-paru).

### **2.1.8 Penatalaksanaan Preeklampsia**

Pada pasien yang mengalami preeklampsia, kehamilan bisa terjadi hingga 37 minggu dan setelahnya dilakukan persalinan. Preeklampsia gejala klinis berat, pasien dilakukan rawat inap, diberikan *MgSO<sub>4</sub>*, dan pemberian antihipertensi apabila tekanan >160/110 mmHg. Terminasi kehamilan tergantung pada usia kehamilan. Pada kehamilan <24 minggu, dipertimbangkan untuk tidak diteruskan kehamilannya mengingat perawatan janin membutuhkan waktu lama yang mungkin akan mempengaruhi kondisi ibunya.

Sejak minggu ke-28 kehamilan atau lebih, pengobatan konservatif dilakukan dengan maturasi paru dengan deksametason 16 mg dan diulangi setiap 24 jam dengan dosis yang sama. Jika kondisi memburuk atau masa kehamilan melebihi 34 minggu, kehamilan dihentikan. Pada usia kehamilan lebih dari 34 minggu, maka kehamilan dapat dihentikan setelah ibu stabil (Akbar et al. 2020).

Usaha untuk mengurangi kematian pada ibu yang disebabkan oleh preeklampsia yaitu dengan cara *Antenatal Care (ANC)* secara teratur. Melalui *ANC* terpadu, petugas kesehatan melakukan diagnosa dini ibu hamil dan memberikan penyuluhan kepada ibu hamil agar selalu melakukan *ANC* rutin. Diharapkan tanda dan

gejala preeklampsia dapat diketahui sedini mungkin sehingga angka kematian akibat preeklampsia dapat diturunkan (Noviyana, 2020).

## **2.2 Konsep Masalah Keperawatan**

### **2.2.1 Pengertian Ansietas**

Menurut SDKI (2017) dalam penelitian (Rusmasari, 2022) ansietas merupakan kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Menurut NANDA (2018-2020) dalam KTI (Istianti, 2021) ansietas merupakan perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respons otonom (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.

Gangguan kecemasan adalah kekuatan yang tidak terkendali, berlebihan, dan kronis dengan berbagai gejala yang menyebabkan gangguan signifikan dalam kehidupan sosial atau pekerjaan atau menyebabkan stress pada seseorang. Kecemasan ini terjadi setiap saat (hubungan interpersonal, kesehatan, masalah keuangan dalam kehidupan sehari-hari) bahkan tentang hal-hal kecil (American Psychiatric Association, 2013) dalam skripsi (Saddam, 2022). Ansietas merupakan istilah yang sangat akrab dengan kehidupan

sehari-hari yang menggambarkan keadaan khawatir, gelisah, dan tidak tenang disertai berbagai keluhan fisik. Keadaan tersebut dapat terjadi atau menyertai kondisi situasi kehidupan dan berbagai gangguan kesehatan (Dalami et al. 2009) dalam penelitian (Rahmadina, 2021).

### **2.2.2 Tingkat Ansietas**

Menurut Peplau dalam (Muyasaroh et al. 2020) mengemukakan empat tingkat kecemasan, yaitu:

#### **a. Kecemasan Ringan**

Kecemasan ini berkaitan dengan kehidupan sehari-hari. Kecemasan ini dapat merangsang pembelajaran untuk pertumbuhan dan kreativitas. Tanda dan gejala meliputi: peningkatan kesadaran dan kewaspadaan, kesadaran akan rangsangan internal dan eksternal, pemecahan masalah yang efektif, dan kemampuan untuk belajar. Perubahan fisiologis ditandai dengan khawatir, gangguan tidur, sensitivitas tinggi terhadap suara, tanda-tanda vital normal.

#### **b. Kecemasan Sedang**

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang untuk fokus pada hal-hal penting dan melewatkan yang lain, memungkinkan individu memiliki perhatian selektif tetapi tetap dapat melakukan sesuatu dengan teratur. Respon fisiologis: sesak napas, peningkatan denyut jantung dan tekanan darah, mulut kering, gelisah, sembelit. Sementara respons kognitif, yaitu

bidang persepsi menyempit, rangsangan eksternal tidak dapat diinternalisasi, terpusat pada apa yang menjadi minatnya.

c. Kecemasan berat

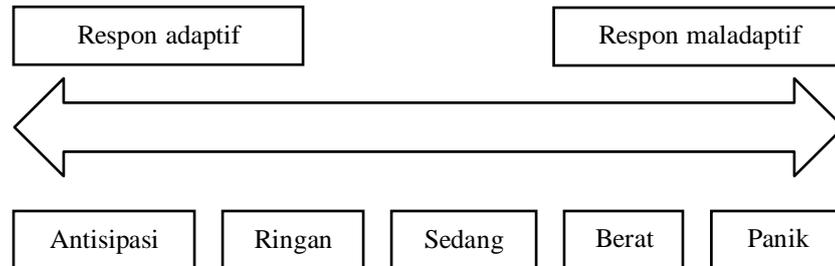
Kecemasan berat berdampak kuat pada kognisi individu, orang cenderung fokus pada sesuatu yang detail dan spesifik dan tidak bisa memikirkan hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk menghilangkan ketegangan. Tanda dan gejala kecemasan berat meliputi: kognisi yang sangat buruk, perhatian terhadap detail, rentang perhatian yang sangat terbatas, ketidakmampuan untuk fokus atau memecahkan masalah, dan ketidakmampuan untuk belajar secara efektif. Pada tingkat ini, seseorang mengalami sakit kepala, pusing, mual, *tremor*, *insomnia*, jantung berdebar, takikardia, hiperventilasi, sering buang air kecil dan buang air besar, serta diare. Secara emosional, individu merasa takut dan semua perhatian terfokus pada individu sendiri.

d. Kepanikan

Tingkat kecemasan panik mengacu pada teriakan, ketakutan, dan teror. Karena kehilangan kendali, orang yang menderita serangan panik tidak dapat melakukan apapun bahkan dengan instruksi. Kepanikan menyebabkan peningkatan aktivitas motorik, penurunan kemampuan untuk berkomunikasi dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, hilangnya pemikiran rasional. Kecemasan ini tidak sesuai dengan kehidupan dan jika terus berlanjut dapat menyebabkan kelelahan yang parah bahkan

kematian. Tanda dan gejala tingkat panik mungkin tidak terfokus pada satu peristiwa saja.

### 2.2.3 Rentang Respon Ansietas



Gambar 2.1 Rentang Respon (Azizah et al. 2016 dalam KTI Istianti,2021)

### 2.2.4 Data Mayor dan Minor Ansietas

Menurut PPNI (2017) dalam penelitian (Rusmasari, 2022) gejala dan tanda ansietas meliputi gejala dan tanda mayor serta gejala dan tanda minor, seperti yang dipaparkan pada tabel berikut :

Tabel 2.1 Gejala dan Tanda Mayor Ansietas

Subjektif	Objektif
Merasa bingung Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi Sulit berkonsentrasi	Tampak Gelisah Tampak tegang Sulit tidur

Tabel 2.2 Gejala dan Tanda Minor Ansietas

Subjektif	Objektif
Mengeluh pusing Anoreksia Palpitasi Merasa tidak berdaya	Frekuensi napas meningkat Frekuensi nadi meningkat Tekanan darah meningkat Diaforesis Tremor Muka tampak pucat Suara bergetar Kontak mata buruk Sering berkemih Berorientasi pada masa lalu

### 2.2.5 Faktor Penyebab Ansietas

Berikut faktor-faktor penyebab ansietas menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) dalam KTI (Mubarrok, 2022), yaitu :

- a. Krisis situasional
- b. Kebutuhan tidak terpenuhi
- c. Krisis maturasional
- d. Ancaman terhadap konsep diri
- e. Ancaman terhadap kematian
- f. Kekhawatiran mengalami kegagalan
- g. Disfungsi sistem keluarga
- h. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- i. Faktor keturunan (temperamen yang mudah terhasut sejak lahir)
- j. Penyalahgunaan zat
- k. Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain)
- l. Kurang terpapar informasi

### 2.2.6 Penatalaksanaan Ansietas

Menurut Priyono (2021) dalam menghadapi kecemasan memerlukan berbagai pendekatan, diantaranya :

- a. *Imunoterapi* untuk kecemasan meliputi diet seimbang dan olahraga teratur.
- b. Terapi *psikofarmakologis* terdiri dari penggunaan obat anti-kecemasan menggunakan obat-obatan yang efektif dalam

memulihkan fungsi neurotransmitter di sistem saraf pusat.

- c. Terapi *somatik*, yaitu terapi yang dihasilkan dari efek kecemasan yang berkaitan dengan penyakit fisik.
- d. *Psikoterapi* terdiri dari beberapa perawatan, termasuk relaksasi otot progresif, hipnosis lima jari, dan teknik relaksasi.

### **2.2.7 Alat Ukur Kecemasan**

Menurut Rahmadina (2021) untuk 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 (HRS-A)*. Alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing-masing dibagi dengan karakter tertentu. Setiap kelompok gejala diberi skor dari 0 sampai 4, yang berarti:

0 = tidak ada gejala (keluhan)

1 = gejala ringan

2 = gejala sedang

3 = gejala berat

4 = gejala berat sekali

Setiap nilai angka (skor) dijumlahkan dari 14 kelompok gejala, dan dari hasil total tersebut dapat dilihat derajat kecemasan seseorang, antara lain:

Total Nilai (*Score*) :

<14 = tidak ada kecemasan

14-20 = kecemasan ringan

21-27 = kecemasan sedang

28-41 = kecemasan berat

42-56 = kecemasan berat sekali

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.3.1 Pengkajian Keperawatan**

Sebuah penelitian oleh Dermawan tahun 2012 (dikutip dalam Rahmadina 2021) mendemonstrasikan bahwa pengkajian merupakan gagasan utama proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data atau informasi tentang pasien, mengidentifikasi masalah kesehatan, mengenali penyakit, merawat pasien secara fisik, mental, sosial dan lingkungan. Pengkajian yang dilakukan terhadap ibu dengan preeklampsia menurut Mitayani (2012) dalam skripsi (Rahmadina, 2021) adalah sebagai berikut:

#### **1. Identitas pasien**

Melakukan pengkajian pada pasien dengan menanyakan nama, umur, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, agama, suku, alamat nomor rekam medis (*RM*), tanggal masuk rumah sakit, (*MRS*), dan tanggal pengkajian, dan kaji identitas penanggung jawab atas pasien.

#### **2. Data riwayat kesehatan**

Kaji keluhan utama pasien, keluhan yang paling dirasakan pasien selama pengkajian.

##### **a. Riwayat kesehatan dahulu**

- Kemungkinan ibu menderita penyakit

hipertensi sebelum hamil.

- Kemungkinan ibu mempunyai riwayat preeklampsia pada kehamilan terdahulu
- Biasanya mudah terjadi pada ibu dengan obesitas
- Ibu mungkin pernah menderita penyakit ginjal kronis

b. Riwayat kesehatan sekarang

- Ibu merasa sakit kepala di daerah *frontal*
- Terasa sakit di ulu hati/nyeri epigastrium
- Gangguan visual : penglihatan kabur, *scotoma*, dan *diplopia*
- Mual dan muntah, tidak ada nafsu makan
- Gangguan *serebral*
- *Edema* pada ekstermitas
- Tenguk terasa berat
- Kenaikan berat badan mencapai 1 kg seminggu

c. Riwayat kesehatan keluarga

Mengkaji riwayat penyakit pada pasien dan keluarganya, apakah pasien dan keluarga memiliki penyakit keturunan seperti hipertensi, atau diabetes mellitus (DM) serta kemungkinan memiliki riwayat preeklampsia serta eklamsia dalam keluarga.

d. Riwayat obstetrik dan ginekologi

Melakukan pengkajian pada pasien dengan menanyakan riwayat menstruasi, riwayat kehamilan, persalinan, nifas

yang lalu, riwayat kehamilannya saat ini, dan riwayat keluarga berencana.

e. Pola kebutuhan sehari-hari

Melakukan pengkajian pola kebutuhan sehari-hari pada pasien seperti pengkajian pada pernafasan, nutrisi (makan dan minum), eliminasi (BAB dan BAK), gerak badan atau aktivitas, istirahat tidur, rasa nyaman (pasien merasakan adanya dorongan mengejan, tekanan ke anus, perineum menonjol). Kebersihan diri, rasa aman, pola komunikasi atau hubungan pasien dengan orang lain, produktivitas, rekreasi, kebutuhan belajar.

3. Pemeriksaan fisik biologis

- a. Keadaan umum : lemah
- b. Kepala : sakit kepala, wajah *edema*
- c. Mata: *konjungtiva* sedikit *anemia*, *edema* di retina
- d. *Gastrointestinal*: nyeri *epigastrium*, *anoreksia*, mual dan muntah
- e. *Ektremitas* : edema di kaki, tangan, dan jari-jari
- f. Sistem pernafasan : *hyperreflexia*, *klonus* di kaki
- g. *Genitourinaria* : *oliguria*, *proteinuria*
- h. Pemeriksaan janin : jantung janin tidak teratur, gerakan janin melambat

4. Pemeriksaan Penunjang

Informasi penunjang untuk indikasi tertentu digunakan untuk

memberikan informasi yang lebih jelas. Pemeriksaan yang dilakukan untuk mendapatkan data penunjang seperti pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan *ultrasonography* (USG).

### **2.3.2 Diagnosa**

- a. Ansietas b.d tidak mendapat informasi d.d spasme pembuluh darah, preeklampsia, faktor risiko.
- b. Nyeri b.d pelepasan trombloplastin d.d iskemi, maladaptasi uterus
- c. Gangguan eliminasi urin b.d oligouria d.d produksi urin menurun
- d. Gangguan pertukaran gas b.d sesak napas d.d edema di paru-paru
- e. Intoleransi aktivitas b.d suplai darah perifer menurun d.d visikositas darah meningkat, volume cairan di dalam pembuluh darah menurun

### **2.3.3 Intervensi**

Intervensi keperawatan adalah semua tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Setiap intervensi keperawatan terdiri dari tiga komponen, yaitu label, definisi, dan tindakan. Komponen label merupakan nama prosedur keperawatan yang merupakan kata kunci untuk mendapatkan kembali informasi terkait prosedur keperawatan.

Definisi menjelaskan arti dari label intervensi keperawatan. Komponen tindakan adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk melaksanakan intervensi keperawatan. Tindakan terkait tindakan keperawatan meliputi tindakan observasional, tindakan terapeutik, tindakan edukasi dan tindakan kolaborasi (Tim Pokja PPNI DPP SDKI, 2017) dalam skripsi (Rusmasari, 2022).

Intervensi dan luaran pada pasien preeklampsia dengan masalah keperawatan ansietas berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) adalah sebagai berikut:

1. Ansietas b.d tidak mendapat informasi d.d spasme pembuluh darah, preeklampsia, faktor risiko.

- a. Tujuan dan Kriteria hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat ansietas (L.09093) menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Verbalisasi kebingungan menurun (5)
- 2) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5)
- 3) Perilaku gelisah menurun (5)
- 4) Perilaku tegang menurun (5)
- 5) Konsentrasi membaik (5)
- 6) Pola tidur membaik (5)
- 7) Tekanan darah membaik (5)

8) Frekuensi nadi membaik (5)

9) Frekuensi pernapasan membaik (5)

b. Intervensi Keperawatan

1) Terapi Hipnosis (SIKI - I.09320)

a) Observasi

- (1) Identifikasi riwayat masalah yang dialami
- (2) Identifikasi tujuan teknik hipnosis
- (3) Identifikasi penerimaan untuk menggunakan hipnosis

b) Terapeutik

- (1) Ciptakan hubungan saling percaya
- (2) Berikan lingkungan yang nyaman, tenang dan bebas gangguan
- (3) Duduk dengan nyaman, setengah menghadap pasien, jika perlu
- (4) Gunakan bahasa yang mudah dipahami
- (5) Berikan saran dengan cara asertif
- (6) Fasilitasi mengidentifikasi teknik hipnosis yang tepat (mis. Gerakan tangan ke wajah, teknik eksklasi fraksinasi).
- (7) Hindari menebak apa yang di pikirkan
- (8) Fasilitasi menggunakan semua indera selama proses terapi
- (9) Berikan umpan balik positif setelah setiap

sesi

c) Edukasi

- (1) Anjurkan menarik nafas dalam untuk mengintensikan relaksasi

2. Nyeri b.d pelepasan trombloplastin d.d iskemi, maladaptasi uterus

a. Tujuan dan Kriteria hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri menurun (5)
- 2) Perasaan depresi (tertekan) menurun (5)
- 3) Frekuensi nadi membaik (5)
- 4) Pola napas membaik (5)
- 5) Tekanan darah membaik (5)

b. Intervensi Keperawatan

1) Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respons nyeri non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon

nyeri

- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- i) Monitor efek samping penggunaan analgetik

## 2) Terapeutik

- a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

## 3) Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

## 4) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3. Gangguan eliminasi urin b.d oligouria d.d produksi urin menurun

a. Tujuan dan Kriteria hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka eliminasi urine (L.04034) membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Frekuensi BAK membaik (5)
- 2) Karakteristik urine membaik (5)
- 3) Distensi kandung kemih menurun (5)

b. Intervensi Keperawatan

1) Observasi

- a) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine
- b) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine
- c) Monitor eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna)

2) Terapeutik

- a) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih
- b) Batasi asupan cairan, jika perlu
- c) Ambil sampel urine tengah (*midstream*) atau kultur

3) Edukasi

- a) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih
  - b) Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine
  - c) Ajarkan mengambil specimen urine midstream
  - d) Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih
  - e) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemihan
  - f) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur
- 4) Kolaborasi
- a) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu

4. Gangguan pertukaran gas b.d sesak napas d.d edema di paru-paru

a. Tujuan dan Kriteria hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka pertukaran gas (L.01003) meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) *Takikardia* menurun (5)
- 2) *PCO2* membaik (5)
- 3) *PO2* membaik (5)
- 4) Pola napas membaik (5)
- 5) Warna kulit membaik (5)

b. Intervensi Keperawatan

1) Observasi

- a) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- b) Monitor pola napas (seperti *bradipnea*, *takipnea*, *hiperventilasi*, *Kussmaul*, *Cheyne-Stokes*, *Biot*, *ataksik*)
- c) Monitor kemampuan batuk efektif
- d) Monitor adanya produksi sputum
- e) Monitor adanya sumbatan jalan napas
- f) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- g) Auskultasi bunyi napas
- h) Monitor saturasi oksigen
- i) Monitor nilai *AGD*
- j) Monitor hasil *x-ray* thoraks

2) Terapeutik

- a) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- b) Dokumentasikan hasil pemantauan

3) Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- b) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

#### **2.3.4 Implementasi**

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas tertentu yang dilakukan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi

keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

1. Ansietas b.d tidak mendapat informasi d.d spasme pembuluh darah, preeklampsia, faktor risiko.

Implementasi :

1) Terapi Hipnosis

a) Observasi

- (1) Mengidentifikasi riwayat masalah yang dialami
- (2) Mengidentifikasi tujuan teknik hipnosis
- (3) Mengidentifikasi penerimaan untuk menggunakan hipnosis

b) Terapeutik

- (1) Menciptakan hubungan saling percaya
- (2) Memberikan lingkungan yang nyaman, tenang dan bebas gangguan
- (3) Duduk dengan nyaman, setengah menghadap pasien, jika perlu
- (4) Menggunakan bahasa yang mudah dipahami
- (5) Memberikan saran dengan cara asertif
- (6) Memfasilitasi mengidentifikasi teknik hipnosis yang tepat (mis. Gerakan tangan ke wajah, teknik eksklasi fraksinasi).
- (7) Menghindari menebak apa yang di pikirkan

(8) Memfasilitasi menggunakan semua indera selama proses terapi

(9) Memberikan umpan balik positif setelah setiap sesi

c) Edukasi

(1) Mengajarkan menarik nafas dalam untuk mengintensikan relaksasi

2. Nyeri b.d pelepasan trombolastin d.d iskemi, maladaptasi uterus

Implementasi :

1) Observasi

a) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

b) Mengidentifikasi skala nyeri

c) Mengidentifikasi respons nyeri non verbal

d) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

e) Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

f) Mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

g) Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

h) Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

i) Memonitor efek samping penggunaan analgetik

2) Terapeutik

a) Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, *hypnosis*, akupresur, terapi music, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

b) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

c) Memfasilitasi istirahat dan tidur

d) Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

3) Edukasi

a) Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

b) Menjelaskan strategi meredakan nyeri

c) Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri

d) Menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat

e) Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

4) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

3. Gangguan eliminasi urin b.d oligouria d.d produksi urin menurun

Implementasi :

- 1) Observasi
  - a) Mengidentifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine
  - b) Mengidentifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine
  - c) Memonitor eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna)
- 2) Terapeutik
  - a) Mencatat waktu-waktu dan haluaran berkemih
  - b) Membatasi asupan cairan, jika perlu
  - c) Mengambil sampel urine tengah (*midstream*) atau kultur
- 3) Edukasi
  - a) Mengajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih
  - b) Mengajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine
  - c) Mengajarkan mengambil *specimen urine midstream*
  - d) Mengajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih
  - e) Mengajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemihan
  - f) Menganjurkan mengurangi minum menjelang tidur
- 4) Kolaborasi
  - a) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu

4. Gangguan pertukaran gas b.d sesak napas d.d edema di paru-paru

Implementasi :

1) Observasi

- a) Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- b) Memonitor pola napas (seperti *bradipnea*, *takipnea*, *hiperventilasi*, *Kussmaul*, *Cheyne-Stokes*, *Biot*, *ataksik*)
- c) Memonitor kemampuan batuk efektif
- d) Memonitor adanya produksi sputum
- e) Memonitor adanya sumbatan jalan napas
- f) Mempalpasi kesimetrisan ekspansi paru
- g) Mengauskultasi bunyi napas
- h) Memonitor saturasi oksigen
- i) Memonitor nilai *AGD*
- j) Memonitor hasil *x-ray* thoraks

2) Terapeutik

- a) Mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- b) Mendokumentasikan hasil pemantauan

3) Edukasi

- a) Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- b) Menginformasikan hasil pemantauan, jika perlu

### 2.3.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, tahap evaluasi atau perbandingan yang sistematis, terencana tentang kesehatan pasien, dengan tujuan yang telah ditetapkan yang dilaksanakan secara terus menerus (Debora, 2013). Evaluasi keperawatan terbagi menjadi evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

Evaluasi formatif mencerminkan observasi perawat dan analisis terhadap klien terhadap tanggapan langsung pada intervensi keperawatan. Evaluasi Sumatif mencerminkan rangkuman dan sinopsis observasi dan analisis status kesehatan klien dari waktu ke waktu. (Dermawan, 2012) dalam skripsi (Rusmasari, 2022).

Format yang digunakan dalam tahap evaluasi (Alimul & Hidayat, 2012) dalam penelitian (Mubarrok, 2022), yaitu :

- a. *Subjective*, yaitu informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan yang diberikan.
- b. *Objective*, yaitu informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
- c. *Assesment*, yaitu interpretasi dari data subjektif dan objektif
- d. *Planning*, yaitu perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana keperawatan yang sudah dibuat sebelumnya.