

# **PENERAPAN MODEL KONSEP *NEED FOR HELP* DAN *SELF CARE* PADA ASUHAN KEPERAWATAN IBU PRE EKLAMPSIA BERAT DENGAN TERMINASI KEHAMILAN**

**Machmudah**

Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan  
Universitas Muhammdiyah Semarang  
email : [machmudah@unimus.ac.id](mailto:machmudah@unimus.ac.id)

## **ABSTRAK**

Penerapan model konsep *Need for Help*, sangat tepat dilaksanakan pada pengelolaan ibu hamil dengan PEB dalam kondisi *emergency*, yang bertujuan untuk mengatasi masalah fisik dan psikologis agar ibu dan keluarga dapat membangun coping yang adaptif terhadap perubahan yang terjadi. Setelah ibu dilakukan terminasi kehamilan, maka perawat dihadapkan pada kondisi pasien postpartum beserta bayinya. Asuhan keperawatan maternitas dalam menangani klien postpartum dapat dilakukan dengan mengaplikasikan model konseptual *self care* menurut Orem. Perubahan yang terjadi selama periode postpartum menyebabkan penurunan kemandirian klien untuk memenuhi kebutuhannya. Perawat berperan membantu meningkatkan kemandirian klien untuk memenuhi kebutuhan *self care* nya melalui proses belajar atau latihan dalam bentuk perawatan diri, menciptakan lingkungan yang memfasilitasi tercapainya kemandirian sehingga peran perawat dari memberi bantuan penuh bergeser ke bantuan *supportive educative*.

Kata kunci : kompetensi residensi keperawatan maternitas, pre eklampsia berat, *need for help*, *self care*

## **PENDAHULUAN**

Kesehatan reproduksi menurut Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan yang diadakan di Cairo pada tahun 1994 adalah keadaan fisik, mental dan sosial yang utuh dalam segala hal yang berkaitan dengan fungsi, peran dan system reproduksi. Pengertian kesehatan reproduksi ini mencakup tentang hak seseorang untuk dapat memperoleh kehidupan seksual yang aman dan memuaskan serta mempunyai kapasitas untuk bereproduksi, termasuk didalamnya adalah kebebasan seorang perempuan untuk memutuskan bila akan hamil dan melahirkan dan seberapa banyak anak yang akan dilahirkannya, serta hak untuk mendapatkan tingkat pelayanan kesehatan yang memadai sehingga perempuan mempunyai kesempatan untuk menjalani proses kehamilan secara aman.

Kehamilan dan persalinan yang aman merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia. AKI dan AKB sangat penting diperhatikan karena menjadi indikator keberhasilan pembangunan pada sektor kesehatan yang mengacu pada jumlah kematian ibu terkait dengan masa kehamilan, persalinan dan nifas, serta untuk melihat tingkat kesejahteraan suatu masyarakat (Depkes RI, 2008).

AKI di Indonesia masih tinggi dibandingkan dengan Negara-negara di Asia Tenggara dan paling banyak terjadi di rumah sakit (Rukmini & Wiludjeng, 2005). Pemerintah sebenarnya telah bertekad menurunkan AKI dari 390 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 1994) menjadi 225 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1999 dan menurunkannya lagi menjadi 125 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2010 (Roeshadi, 2006).

Upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi merupakan salah satu prioritas dalam pembangunan kesehatan. Sejalan dengan tujuan *Millenium Development Goals* (MDG's), pemerintah mengharapkan Indonesia dapat mencapai target MDGs, yaitu menurunkan angka kematian ibu dari 228 pada tahun 2007 menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Dep Kes, 2011).

Kematian ibu dapat disebabkan karena banyaknya kasus kegawatdaruratan pada kehamilan, persalinan dan nifas. Setiap hari pada tahun 2008, ada 1000 perempuan di dunia yang meninggal akibat dari komplikasi kehamilan dan persalinan. Penyebab langsung kematian ibu yang terbanyak adalah perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (pre eklampsia dan eklampsia), infeksi dan komplikasi dari aborsi (*Unsafe abortion*) (WHO, 2008). Hal ini juga sejalan dengan laporan tahunan MDG's di Indonesia tahun 2006, yang menjelaskan bahwa penyebab kematian ibu yang utama adalah perdarahan 28%, eklampsia 13%, aborsi yang tidak aman 11% serta sepsis 10%.

Persalinan dirumah merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi masih tingginya AKI di Indonesia. Data Riskesdas 2000 memperlihatkan bahwa masih ada persalinan yang dilakukan dirumah (43,2%) dan sisanya (55,4 %) dilakukan di sarana pelayanan kesehatan. Dari persalinan yang dilakukan dirumah hanya 51.9 % yang dibantu oleh tenaga kesehatan sisanya (40,2%) ditolong oleh dukun bersalin.

Kondisi tersebut masih diperberat dengan adanya faktor resiko tiga terlambat (3 T) yaitu terlambat mengambil keputusan di tingkat keluarga, terlambat merujuk (terlambat sampai di sarana pelayanan kesehatan) dan terlambat mendapatkan pelayanan

kesehatan. Ketiga hal tersebut juga didukung oleh adanya kondisi empat (4) terlalu, yaitu terlalu muda (dibawah usia 20 tahun), terlalu tua (diatas 35 tahun), terlalu dekat (jarak melahirkan kurang dari 2 tahun) dan terlalu banyak (lebih dari empat kali).

Penyebab kematian ibu karena perdarahan dan infeksi dapat diturunkan secara nyata dengan adanya kemajuan dalam bidang medis meliputi tehnik anestesi, tehnik operasi, pemberian cairan infus dan tranfusi, serta peranan antibiotik yang semakin meningkat. Pada penderita pre eklampsia, angka kematian ibu bersalin yang disebabkan karena pre eklampsia dan eklampsia belum dapat diturunkan karena ketidaktahuan dan keterlambatan mendapatkan pertolongan setelah gejala klinis berkembang menjadi pre eklampsia berat dengan segala komplikasinya. Bahkan menurut laporan beberapa rumah sakit, angka ini telah menggeser perdarahan dan infeksi sebagai penyebab utama kematian maternal (Roeshadi, 2006).

Melihat fenomena tersebut, maka perempuan di Indonesia memerlukan perhatian dan tindakan khusus yang komprehensif. Perawat khususnya perawat maternitas sebagai bagian yang integral dari pelayanan kesehatan, mempunyai peran dan kontribusi yang besar dalam upaya pemerintah untuk menurunkan AKI, AKB dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan perempuan di Indonesia. Perawat maternitas adalah pemberi pelayanan kesehatan yang berkualitas dan professional yang ditujukan pada wanita usia subur yang berkaitan dengan system reproduksi pada masa diluar kehamilan, masa kehamilan, masa melahirkan, masa nifas sampai 6 minggu dan bayi yang dilahirkan sampai usia 28 hari beserta keluarganya, yang berfokus pada pemenuhan

kebutuhan dasar dalam melakukan adaptasi fisik dan psikososial dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan (Novita, 2011).

Perawat Spesialis Maternitas mempunyai peran yang sangat strategis dalam membantu mengatasi berbagai permasalahan kesehatan reproduksi perempuan, hal tersebut tentunya dapat membantu program pemerintah dalam upaya untuk menurunkan AKI. Secara klinis Perawat Spesialis Maternitas dapat berperan sebagai praktisi yang profesional, sebagai edukator, peneliti, konsultan, advocate, dan agen pembaharu (Gorrie, 1998).

Kompetensi perawat spesialis maternitas antara lain (1). Memberikan asuhan keperawatan kepada sistem klien (wanita dan pasangan usia subur yang berkaitan dengan sistem reproduksi tanpa adanya kehamilan, wanita hamil, melahirkan, nifas, ibu diantara dua persalinan dan bayi baru lahir sampai usia 40 hari) yang mengalami masalah maternitas yang kompleks. (2). Mendidik dan membimbing praktisi keperawatan, tenaga kesehatan dan klien yang ada dibawah tanggung jawabnya. (3). Mengelola pelayanan keperawatan serta mengelola riset keperawatan pada area keperawatan maternitas.

Untuk dapat mencapai kompetensi tersebut, maka penyelenggaraan program spesialis maternitas dilaksanakan selama dua semester setelah mahasiswa menyelesaikan program magister keperawatan maternitas. Program spesialis maternitas ini diselenggarakan baik di tatanan rumah sakit (RSUPN Cipto Mangunkusumo, RSP Persahabatan Jakarta, RS Marzuki Mahdi Bogor, RSUD Bekasi) maupun ditatanan komunitas dengan bekerja sama dengan Puskesmas (Puskesmas Pasar Minggu dan Puskesmas

Cimanggis Depok). Penekanan program pada penerapan hasil analisis konsep-konsep dan teori keperawatan serta kebijakan pemerintah yang berhubungan dengan keperawatan maternitas pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan.

Perawat maternitas dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas dengan pendekatan model konsep untuk membantu mengatasi berbagai resiko yang terjadi pada ibu yang mengalami komplikasi dalam kehamilan maupun persalinannya. Salah satu contohnya adalah pemberian asuhan keperawatan pada ibu dengan pre eklampsia berat.

Berdasarkan data yang diperoleh dari bagian rekam media IGD Kebidanan RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta, didapatkan data bahwa ibu yang datang dengan kasus pre eklampsia dan pre eklampsia berat selama periode 2010 sebanyak 377 pasien dengan rata-rata tiap bulannya adalah 31 pasien. Sedangkan jumlah pasien yang datang dengan eklampsia pada tahun 2010 adalah 58 pasien (IGD Kebidanan RSUPN Cipto mangunkusumo).

Pre eklampsia berat merupakan penyakit pada wanita hamil yang secara langsung disebabkan oleh kehamilan. Pre-eklampsia adalah hipertensi disertai proteinuri dan edema akibat kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan (Bobak, 2005). Ada beberapa faktor resiko yang berperan terhadap terjadinya pre eklampsia yaitu: kehamilan kembar, mola hidatidosa, gross edema, diabetes mellitus, penyakit ginjal, hipertensi kronis, polihidramnion (Buckley&Kulb, 2003). Faktoe resiko lain yang berkontribusi tidak langsung antara lain faktor sosial ekonomi, defisiensi diet (terutama protein), berat badan, usia (lebih dari 35 tahun) dan etnis/ras

(Buckley&Kulb, 2003; Cunningham *et al*, 2006).

Perawat maternitas merupakan bagian dari pemberi pelayanan kesehatan diharapkan mempunyai perhatian yang tinggi dalam membantu ibu untuk meminimalkan dampak dari PEB baik secara fisik maupun psikologis. Perawat harus dapat memandang klien secara holistik meliputi bio-psiki-sosial dan spiritual dalam memberikan pelayanan keperawatan yang profesional untuk membantu klien dalam mengatasi berbagai masalah yang ditimbulkan. Pada pemenuhan kebutuhan psikologis perawat mempunyai peran untuk membantu ibu dan keluarganya dalam melewati proses kehilangan dan berduka secara adaptif dengan memfasilitasi koping ibu dan keluarga untuk menerima realitas. Perawat dapat melibatkan sistem pendukung yang dimiliki klien, keterlibatan keluarga dalam pemberian asuhan keperawatan akan membantu ibu untuk meningkatkan kemampuan adaptasinya dan dapat memasuki respon kehilangan dan berduka secara fisiologis (Chapman, 2003). Peran dan fungsi perawat tersebut dapat dilaksanakan melalui aplikasi model konsep dan teori keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan secara holistik dan komprehensif.

Asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan PEB melalui pendekatan *Need for Help* dapat membantu meningkatkan kemampuannya untuk mengatasi berbagai masalah kehidupan yang menyangkut kesehatan dan kesejahteraan (Tomey, 2006). Widenbach dalam Tomey (2006) mengungkapkan bahwa perawat adalah orang yang mampu membantu klien mengatasi masalah dan meningkatkan kesejahteraannya melalui tindakan, pikiran, perasaan, perkataan, tulisan dan

gerakan tubuhnya, sedangkan klien adalah penerima bantuan dari tenaga kesehatan profesional baik berupa perawatan, nasehat maupun edukasi (George, 2002). Tiga tujuan yang dikemukakan Widenbach dalam membantu klien yaitu : (1) mencegah kegawatan ibu, (2) menurunkan kecemasan akibat kehilangan, (3) membangun koping yang efektif menghadapi kegawatan dan kehilangan dengan melakukan kolaborasi, koordinasi, dengan tim kesehatan lainnya sehingga klien mendapatkan tindakan yang tepat sesuai dengan prosedur penanganan klien dengan PEB.

Penerapan model konsep *Need for Help*”, sangat tepat dilaksanakan pada tahap awal atau kondisi *emergency* ibu hamil dengan PEB. Penerapan konsep *Need for Help* tidak hanya untuk membantu ibu mengatasi masalah krisis dan kegawatan pada fisiknya saja, akan tetapi perubahan psikologis setelah melahirkan baik proses persalinan pervaginam maupun *sectio caesarea* juga menjadi masalah yang perlu dibantu agar ibu dan keluarga dapat membangun koping yang adaptif terhadap perubahan yang terjadi.

Kondisi lain yang memerlukan bantuan penanganan segera adalah perubahan psikologis karena ibu mungkin akan melahirkan bayi yang kecil atau bahkan harus kehilangan bayi yang dikandungnya. Perawat maternitas harus dapat memberikan asuhan yang berkualitas agar pasien dan keluarga sesegera mungkin kembali dalam keadaan optimal dan mampu menerima kehilangan dengan kondisi yang adaptif. Pada kondisi ini ibu dihadapkan pada situasi kehilangan yang terjadi secara tiba-tiba, dampak kehilangan tersebut menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan diri yang beresiko menimbulkan kesedihan

berkepanjangan. Pendekatan Widenbach pada masalah psikologis lebih ditujukan untuk membantu ibu dalam meningkatkan kopingnya saat kondisi *emergency* yang membutuhkan tindakan segera dan berlanjut pada kondisi pemulihan setelah operasi.

Berdasarkan hal tersebut diatas, maka penerapan model konsep *Need for Help* dari Wiedenbach dapat menjadi pilihan untuk membantu ibu hamil dengan PEB pada fase akut dan *emergency*. Ibu memerlukan penanganan segera untuk mengatasi masalah fisik dan psikologis, kemudian pada tahap selanjutnya perlu dilakukan evaluasi terus menerus untuk melihat keefektifan penggunaan model konsep tersebut serta menilai keefektifan bantuan keperawatan yang telah diberikan.

Setelah fase kegawatan teratasi, dimana ibu dengan pre eklampsia berat dilakukan terminasi kehamilan baik secara normal (persalinan pervaginam) maupun persalinan dengan section caesarea, maka perawat dihadapkan pada kondisi pasien postpartum beserta dengan bayinya. Asuhan keperawatan maternitas dalam menangani klien postpartum dapat dilakukan dengan mengaplikasikan model konseptual *self care* menurut Orem. Konsep model *self care* memandang bahwa setiap individu mempunyai kemampuan dan potensi untuk merawat dirinya sendiri dan mencapai kesejahteraan (Tomey, 2006). Perubahan yang terjadi selama periode postpartum menyebabkan penurunan kemandirian klien untuk memenuhi kebutuhannya. Perawat berperan membantu meningkatkan kemandirian klien untuk memenuhi kebutuhan *self care* nya melalui proses belajar atau latihan dalam bentuk perawatn diri, menciptakan lingkungan yang memfasilitasi tercapainya kemandirian sehingga peran perawat dari memberi

bantuan penuh bergeser ke bantuan *supportive educative* (Tomey, 2006).

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu hamil yang dirawat di RS. Marzoeki Mahdi Bogor dan RSUP. Ciptomangunkusumo Jakarta dengan pre eklampsia berat. Besar sampel dalam penelitian ini sejumlah 5 responden. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling*. Analisa data yang digunakan adalah deskriptif sedangkan alat pengumpul data yang digunakan adalah pedoman wawancara.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### 1. Karakteristik Responden

Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Prosentase (%)
27 tahun	1	20 %
29 tahun	1	20 %
34 tahun	1	20 %
40 tahun	1	20 %
42 tahun	1	20 %
<b>Jumlah</b>	<b>5</b>	<b>100 %</b>

Berdasarkan pada tabel 1 di atas dapat diketahui bahwa ada dua responden yang berada pada usia kritis untuk hamil (40%) yaitu pada usia diatas 35 tahun.

Tabel 2. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Obstetri

Jenis Pekerjaan	Frekuensi	Prosentase (%)
Primigravida	1	20 %
Multigravida	4	80 %
<b>Jumlah</b>	<b>5</b>	<b>100 %</b>

Berdasarkan pada tabel 2 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden adalah multigravida yaitu sejumlah 4 orang (80%).

Tabel 3. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Frekuensi	Prosentase (%)
37 minggu	1	20%
38 minggu	2	40%
40 minggu	1	20%
41 minggu	1	20%
<b>Jumlah</b>	<b>5</b>	<b>100 %</b>

Dari tabel 3 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden mengalami pre eklampsia berat pada usia kehamilan diatas 37 minggu. Pre eklampsia berat merupakan bagian dari gangguan hipertensi yang menjadi penyulit kehamilan yang sering dijumpai dan termasuk salah satu diantara tiga trias mematikan, bersama dengan perdarahan dan infeksi, yang banyak menimbulkan morbiditas dan mortalitas pada ibu hamil (Cunningham et al, 2006).

Lima kasus pre eklampsia berat yang dikelola semuanya terjadi pada ibu multipara dengan rentang usia antara 29 – 40 tahun. Dari hasil pengkajian sebagian klien menderita pre eklampsia berat pada usia kehamilan trimester ketiga. Dari kelima klien, semuanya mempunyai riwayat menggunakan metode kontrasepsi hormonal (KB suntik). Semua klien datang dengan kondisi tekanan darah diatas 160/110 mmHg, edema dan proteinuria. Usia kehamilan klien diatas 37 minggu dan dilakukan terminasi kehamilan. Hal ini sesuai yang dijelaskan dalam literature, bahwa yang disebut dengan pre eklampsia berat jika tekanan darah lebih besar atau sama dengan 160/110 mmHg pada usia kehamilan diatas 20 minggu, adanya edema dan proteinuria (300

mg/24 jam atau lebih besar atau sama dengan *positif dua* pada pemeriksaan *dipstick*) (Cunningham et al, 2006 ; Reeder et al, 2011; Prawirohardjo, 2008).

Faktor resiko terjadinya pre eklampsia berat tergambar jelas dari kelima kasus yang residen kelola, yaitu usia, paritas. Usia kelima klien berada pada rentang usia antara 29-40 tahun, dengan status obstetri multiparitas dan satu orang klien dengan status obstetri primipara. Kondisi ini ternyata berbeda dengan teori yang menjelaskan bahwa seiring dengan pertambahan usia mempunyai resiko lebih besar mengalami pre eklampsia (Cunningham et al, 2006). Analisa baru yang residen peroleh adalah ternyata pre eklampsia berat dapat terjadi pada semua rentang usia dengan variasi gravida (multi maupun primi).

Pendekatan asuhan keperawatan dengan konsep *need for help* pada kondisi pre eklampsia berat tahap akut mampu mengidentifikasi kebutuhan ibu dengan kondisi kegawatan. Semua klien datang dengan kondisi tekanan darah diatas 160/110 mmHg, edema dan proteinuria. Klien mengeluh nyeri kepala, pada kasus Ny SM, klien mengalami edema paru yang menyebabkan Ny SM datang dengan kondisi sesak berat (RR 32 x/menit, nadi : 126 x/menit, DJJ 160 x/menit).

Pada kondisi emergency, diagnosa keperawatan utama yang dirumuskan adalah gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan vasospasme akibat pre eklampsia berat, resiko cedera pada janin berhubungan dengan perfusi plasenta yang tidak adekuat, resiko cedera (maternal) berhubungan dengan efek pre eklampsia, pengobatan atau komplikasi pre eklampsia berat, cemas berhubungan dengan kemungkinan efek PIH pada diri dan janin, kurang

pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi mengenai PIH dan pengobatannya. Pada klien Ny SM, klien mengalami sesak nafas, sehingga residen merumuskan diagnose keperawatan gangguan pola nafas berhubungan dengan edema paru (Doenges, 2001).

Dalam kondisi akut hipertensi, tindakan keperawatan yang telah dilakukan adalah menempatkan klien pada lingkungan yang kondusif dan aman, mengatur posisi klien elevasi kepala 30', memberikan oksigen 3-4 l/menit. Kolaborasi pemberian antihipertensi (nifedipin 4x10 mg), MgSO<sub>4</sub> dengan dosis awal 4 gram (10 cc) diencerkan dengan aquadest 10 cc diberikan dalam 15 menit dan lanjutkan dengan dosis pemeliharaan: 6 gram MgSO<sub>4</sub> 40% (15 cc) dalam infuse RL 500 cc, berikan 14 tetes per menit, antioksidan : NAC (Fluimucyl) 3x600 mg per oral, Vit C 2x400 mg, Vit E 1 x 400 mg per oral. Melakukan observasi keadaan umum klien, tanda-tanda intoksikasi MgSO<sub>4</sub> dan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, RR dan suhu) tiap jam.

Pada pre eklampsia berat, kelahiran selalu merupakan terapi yang tepat bagi ibu hamil. Dilemma yang berkaitan erat dengan janin adalah ketika usia gestasi kurang dari 25 sampai 30 minggu, maka resiko kelahiran premature akan sangat besar pada janin. Penatalaksanaan konservatif masih menimbulkan kontroversi dan hanya sesuai apabila dilakukan pengamatan yang ketat terhadap kondisi ibu dan kondisi janin tanpa ada tanda-tanda gawat janin, retardasi pertumbuhan janin/*intra uterine growth retardation (IUGR)* atau perburukan penyakit ke tahap yang lebih serius (Reeder, et al, 2011).

Ibu hamil dengan pre eklampsia berat harus segera dirujuk ke kamar

bersalin dan rumah sakit yang memiliki unit perawatan intensif bagi ibu maupun bayi, tempat yang memungkinkan untuk dilakukan pengamatan ketat dan tersedia obat-obatan emergensi.

Farmakologi pilihan yang diberikan pada klien pre eklampsia untuk mencegah kejang adalah MgSO<sub>4</sub> selama periode perinatal sampai dengan dua hari postpartum. Pemberian MgSO<sub>4</sub> sampai dua hari postpartum bertujuan untuk mencegah terjadinya eklampsia pada 48 jam postpartum (Bobak, 2005). Magnesium memiliki efek menghambat pelepasan neurotransmitter otak (memperlambat impuls saraf) dan menurunkan eksitabilitas serat otot terhadap stimulasi langsung sehingga dapat menyebabkan otot polos menjadi relaks (vasodilatasi dan menurunkan kontraksi uterus). Pengkajian menyeluruh terhadap refleks klien harus dilakukan sebelum dan selama pemberian MgSO<sub>4</sub> untuk memantau kadar efek obat pada system saraf dan menjaga konduktivitas yang adekuat untuk mempertahankan upaya bernafas (Reeder, et al, 2011).

MgSO<sub>4</sub> diberikan untuk mencegah kejang dengan dosis awal 4-6 gram diberikan selama 15-20 menit melalui intravena, karena injeksi yang terlalu cepat dapat menyebabkan rasa hangat/panas yang menimbulkan rasa tidak nyaman akibat vasodilatasi. Untuk mengurangi rasa tidak nyaman ini dapat dilakukan kompres pada lengan kanan atas dengan menggunakan air bersuhu kamar. Pemberian lanjutan MgSO<sub>4</sub> adalah 6 gram MgSO<sub>4</sub> 40% (15 cc) dalam infuse RL 500 cc, berikan 14 tetes per menit. Monitor terhadap efek pemberian MgSO<sub>4</sub> harus dilakukan secara ketat. Antara lain relaksasi otot, paralisis respiratori dan meningkatnya retensi garam, yaitu dengan memonitor tanda-tanda vital secara ketat ; penghitungan frekuensi bernafas dan

nadi yang dihitung dalam satu menit penuh, mengukur produksi urine tiap 30 menit – 2 jam sekali. Bila urine output kurang dari 25-30 ml/jam (urine output secara normal 1 cc/kgBB/jam, Perry&Potter), segera lapor dokter. Cek refleks tendon, posisikan klien miring kiri untuk meningkatkan perfusi ginjal. Untuk mengantisipasi adanya efek pemberian MgSO<sub>4</sub>, maka perlu disediakan antidote MgSO<sub>4</sub> yaitu kalsium glukonas.

Pada pre eklampsia berat ketika tekanan darah diastolic melebihi 100 sampai 110 mmHg, obat antihipertensi dapat diberikan dengan tujuan untuk mengurangi tekanan darah perifer, mengurangi beban kerja ventrikel kiri dan meningkatkan aliran darah ke uterus dan system ginjal serta untuk mengurangi resiko cedera pada serebrovaskuler. Therapy antihipertensi diharapkan dapat menurunkan tekanan distolik sampai 90 hingga 100 mmHg. Obat yang diberikan adalah nifedipin yang merupakan penyekat saluran kalsium yang diberikan secara oral dengan dosis 10 mg. Tekanan darah ibu harus dipantau setiap 2-3 menit setelah pemberian dosis awal, kemudian setiap 5-10 menit sampai krisis hipertensi stabil (Reeder, et al, 2011). Tanda dan gejala pre ekampsia berat biasanya akan berkurang secara cepat setelah proses persalinan, tetapi bahaya kejang masih belum terlewati sampai 48 jam pasca partum. Oleh karena itu pemberian obat anti sedasi tetap diberikan sampai 48 jam setelah persalinan. Tekanan darah dan gangguan fungsi normal lainnya akan kembali normal dalam 10 hari sampai 2 minggu pascapartum (Reeder, et al, 2011).

Pada klien Ny SM, mengalami edema paru dan ketika dipasang dower catheter selama 30 menit, tidak ada urine yang keluar. Oliguria yang muncul dapat merupakan tanda adanya

edema paru yang baru muncul (Reeder, et al, 2011). Therapy diuretic dapat diberikan, yaitu pemberian furosemide (Lasix) dan dikombinasikan dengan pembatasan cairan 50-80 ml/jam telah berhasil digunakan pada klien yang mengalami PIH basah (edema) (Reeder, et al, 2011). Furosemide bekerja pada tubulus ginjal dengan cara mengurangi resorpsi aktif natrium dan klorida dalam cabang asenden gelung henle. Larutan ini kemudian akan bekerja sebagai agen osmotic yang mencegah penyerapan kembali (Guyton, 1991).

Kesejahteraan janin merupakan masalah yang terus menerus harus diperhatikan pada penatalaksanaan klien pre eklampsia berat. Denyut jantung janin harus dikaji dengan menggunakan pemantauan elektronik eksternal yang continue (CTG) karena banyak obat-obatan dapat mempengaruhi kondisi janin.

Tanpa melihat keparahan pre eklampsia, klien harus dilakukan tirah baring (bedrest total), oleh karena itu pemenuhan kebutuhan ADL klien juga menjadi tanggung jawab perawat. Pada klien Ny R, klien mendapat therapy konservatif. Klien bedrest total selain mendapat therapy antihipertensi dan antikonvulsan serta therapy untuk mempercepat proses persalinan dengan pematangan cervik melalui pemberian mesoprostol kemudian dilanjutkan dengan induksi oksitosin. Tekanan darah Ny R menurun secara bertahap (150/100) dan Ny R dapat melahirkan bayinya secara pervaginam di kamar eklampsia dengan jenis kelamin laki-laki. AS 9/10, berat lahir 3400 gram panjang 48 cm, plasenta lahir lengkap, spontan, perdarahan 200 cc.

Pada fase pemeliharaan, kondisi Ny SM membutuhkan pertolongan penuh dari perawat (*Wholly Compensatory Nursing System*). Beda dengan Ny R yang lebih pada



pemenuhan kebutuhan yang sifatnya *Supportive - Educative System*, dimana klien mampu melakukan dan belajar untuk melakukan *self care* nya. Klien membutuhkan bantuan untuk membuat keputusan, mengendalikan perilakunya dan mendapatkan pengetahuan dan ketrampilan

Therapy diet pada klien pre eklampsia juga menjadi perhatian perawat, yaitu dengan berkolaborasi dengan ahli gizi untuk memberikan diet tinggi protein dan tinggi kalori. Natrium dipertahankan pada anjuran kecukupan diet normal yaitu 2,5 – 7 gram per hari. Klien dianjurkan untuk tidak menambahkan garam ke dalam makanannya dan menghindari makanan dengan kadar natrium yang tinggi (Reeder, et al, 2011).

Peran serta keluarga (*support system*) merupakan suatu hal yang diperlukan untuk menurunkan tingkat kecemasan klien dengan pre eklampsia berat (Dick & Read dalam Bobak, 2006). Kenyataan di lapangan baik di RS Marzoeki Mahdi maupun RSUPN Cipto Mangunkusumo, peran serta keluarga dalam penanganan kondisi akut klien belum dapat dilakukan secara optimal. Hal ini mengingat RS belum mempunyai ruang bersalin yang cukup menunjang *privacy* klien (ruang bersalin digunakan untuk beberapa orang dan hanya ditutup tirai untuk menutup klien satu dengan yang lainnya).

Terminasi kehamilan dilakukan dengan persiapan kelahiran secara spontan bila kondisi tekanan darah ibu stabil dan terjadi kemajuan persalinan dengan adanya pembukaan serviks dan penurunan kepala janin. Untuk mengurangi tenaga ibu pada saat persalinan pervaginam dan menghindari tekanan yang berlebih pada saat melahirkan yang akan mempengaruhi stabilitas pembuluh darah terutama

pembuluh darah ke otak, maka penggunaan vacuum menjadi pertimbangan untuk dilakukan. Persalinan dengan section caesarea dilakukan bila tidak terjadi kemajuan persalinan atau terjadi perburukan pre eklampsia berat (terjadi gawat janin).

Model konsep Widenbach dengan teorinya "*Need for help*" mampu memberikan kenyamanan dan keamanan ibu hamil dengan preeklampsia berat, sehingga pasien dengan segera mempunyai kemampuan untuk mencapai kondisi adaptif. Teori ini juga membantu ibu meningkatkan coping dalam mengatasi masalah psikologis karena proses persalinan yang sulit (operasi) maupun resiko terhadap kehilangan bayi dan atau melahirkan bayi premature. Tiga tujuan yang dikemukakan Wiedenbach dalam membantu klien yaitu : (1) mengatasi kegawatan ibu, (2) menurunkan kecemasan akibat kehilangan, (3) membangun coping yang efektif menghadapi kegawatan dan kehilangan dengan melakukan kolaborasi, koordinasi, dengan tim kesehatan lainnya sehingga klien mendapatkan tindakan yang tepat sesuai dengan prosedur penanganan dengan pre eklampsia berat.

Setelah melewati fase akut, yaitu ketika klien sudah mencapai status hemodinamik yang stabil atau karena analisa terhadap kondisi ibu dan janin sehingga dibuat keputusan untuk dilakukan terminasi, maka klien memasuki fase pemeliharaan. Konsep *self care* dipilih untuk dapat memfasilitasi pemberian asuhan yang komprehensif pada ibu postpartum. Pada lima kasus yang dikelola, empat klien dilakukan terminasi dengan section caesarea dan satu orang klien dapat melahirkan secara normal.

Model konsep *self care Orem* memandang bahwa setiap individu

mempunyai kemampuan dan potensi untuk merawat dirinya sendiri dan mencapai kesejahteraan. Keperawatan diberikan bila berkurang kemampuannya untuk memenuhi kebutuhan *self care* sesuai dengan *self care demand*-nya (Tomey & Alligood, 2006). Asuhan keperawatan yang diberikan untuk mencapai kemandirian klien dapat diberikan secara total (*Wholly Compensatory Nursing System*), perawatan sebagian *Partly Compensatory Nursing System* atau hanya pada tindakan *supportive* dan *educative* saja.

### SIMPULAN

Penerapan model konsep *Need for Help*, sangat tepat dilaksanakan pada pengelolaan ibu hamil dengan PEB dalam kondisi *emergency*, yang bertujuan untuk mengatasi masalah fisik dan psikologis agar ibu dan keluarga dapat membangun coping yang adaptif terhadap perubahan yang terjadi. Setelah ibu dilakukan terminasi kehamilan, maka perawat dihadapkan pada kondisi pasien postpartum beserta bayinya. Asuhan keperawatan maternitas dalam menangani klien postpartum dapat dilakukan dengan mengaplikasikan model konseptual *self care* menurut Orem.

### DAFTAR PUSTAKA

Bobak I.M., Lowdermilk, D.L., & Jensen, M.D., Perry, S.E. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Edisi 4. Alih bahasa: Maria & Peter. Jakarta: EGC

Cunningham, et al (2006). *Williams Obstetri*. Volume 1. EGC. Jakarta

Departemen Kesehatan RI. (2007). *Rencana Pembangunan Kesehatan Tahun 2005-2009*.

Departemen Kesehatan Cetakan ke dua.

- Departemen Kesehatan. (2011). *Lima Strategi Operasional Turunkan Angka Kematian Ibu* (online). <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/1387-lima-strategi-operasional-turunkan-angka-kematian-ibu.html>. diakses tanggal 16 Mei 2011
- Gilbert & Harmon. (2003). *Manual of high risk pregnancy and delivery*. 3<sup>rd</sup> ed. St. Louis: Mosby
- Knuppel & Drukker. (1993). *High Risk Pregnancy, a team approach*, second edition, WB Saunder Company
- Kumar, Ashok., et al. (2009). Calcium supplementation for the prevention of pre eclampsia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 104 (2009) 32-39. <http://www.healthsystemspak.com/documents/Calciumsupplementationforthe preventionofpre-eclampsia.pdf>. diakses tanggal 12 Mei 2011
- Mochtar., Roestam (1998). *Synopsis obstetri*. EGC. Jakarta
- Novita., Regina. (2011). *Keperawatan Maternitas*. Ghalia Indonesia. Jakarta
- Orem, D.E. (2001). *Nursing concepts of practice*. Philadelphia: Mosby Year Book Inc
- Prawirohardjo, Sarwono. (2010). *Ilmu Kebidanan*. PT Bina Pustaka, Jakarta
- Pilliteri. (2003). *Maternal and child Health Nursing. Care of Childbearing and Childrearing Family*. 3<sup>rd</sup> edition. Lippincott
- Reeder. (2011). *Keperawatan Maternitas, Kesehatan Wanita*,

- Bayi dan Keluarga*. Alih bahasa Yati Afyanti dkk. EGC. Jakarta
- Rozikhan. (2007). Faktor-faktor resiko terjadinya pre eklampsia berat di RS Dr H. Soewondo Kendal. Tesis. Universitas Diponegoro
- Roeshadi, Haryono. (2006). Upaya menurunkan angka kesakitan dan angka kematian ibu pada penderita pre eklampsia dan eklampsia. (online). <http://mdgs-devbps.go.id/publikasi/download/buku1/download.php?file=14.pdf>. Diakses tanggal 9 Mei 2011
- Sukowati., Umi., dkk. (2010). *Model Konsep dan Teori Keperawatan. Aplikasi pada kasus Obstetri Ginekologi*. PT Refika Aditama. Bandung
- WHO. (2008). *Managing Eclampsia*. (online). [http://www.who.int/reproductivehealth/publication/maternal\\_perinatal\\_health/5\\_9789241546669/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publication/maternal_perinatal_health/5_9789241546669/en/) diakses tanggal 09 Mei 2011
- WHO. (2008). *Detecting Pre Eclampsia : a practical guide*. (online). [http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO\\_MCH\\_MSM\\_92.3.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_MCH_MSM_92.3.pdf). diakses tanggal 09 Mei 2011
- WHO. (2008). *Maternal and Reproductive Health*. [http://www.who.int/gho/maternal\\_health/en/](http://www.who.int/gho/maternal_health/en/). Diakses tanggal 16 Mei 2011
- ....., Kesehatan Reproduksi. <http://www.fk.unair.ac.id/pdffiles/KESEHATANREPRODUKSI.pdf>. diakses tanggal 16 Mei 2011

#### Ucapan Terima Kasih :

1. Ibu Dra. Setyowati, M.App. Sc., Ph.D.
2. Ibu Imami Nur Rachmawati, SKp, M.Sc.
3. RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.
4. RSU Dr. Marzuki Mahdi Bogor.