

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menjelaskan tentang teori konsep dasar konstipasi, konsep dasar kehamilan dan konsep asuhan keperawatan pada ibu hamil.

2.1 Konsep Dasar Konstipasi

2.1.1 Definisi

Konstipasi merupakan keluhan sistem gastrointestinal yang umumnya mencejan berlebihan, sensai defekasi yang tidak tuntas dan jarang merupakan karekteristik dari konstipasi (Shin, Toto and Schey, 2015). Konstipasi atau sembelit suatu keadaan dimana sekresi dari sisa metabolisme tubuh dalam feses menjadi keras dan menimbulkan kesulitan saat defekasi. (Irianti, halida et al, 2014). Konstipasi merupakan salah satu ketidaknyamanan yang sering dikeluhkan selama kehamilan. Peningkatan hormon progesteron menyebabkan otot-otot relaksasi. Termasuk otot pada saluran pencernaan sehingga akan menurunkan motilitas usus yang akhirnya menyebabkan konstipasi (slow-transit constipation) (Sembiring, 2017).

2.1.2 Etiologi

Konstipasi atau disebut juga sembelit adalah tertahanya tinja (feses) di dalam usus besar dalam waktu yang cukup lama karena sulit untuk dikeluarkan biasanya disebabkan karena tidak adanya gerakan peristaltik pada usus besar serta menimbulkan perut terasa tidak nyaman (Indah & Rohmania, 2014).

Konstipasi juga dapat dihubungkan dengan kekurangan cairan dan kekurangan aktifitas fisik. Selain itu, penyebab juga dapat disebabkan oleh obat-obatan. Di negara barat, konstipasi lebih dominan terjadi pada orang non kulit putih dari pada kulit putih. Kehamilan juga merupakan salah satu faktor penyebab sistemik terjadinya konstipasi (Sembiring, 2017).

2.1.3 Klasifikasi

Berdasarkan patofisiologis, konstipasi dapat diklasifikasikan menjadi 2 yaitu konstipasi akibat kelainan struktural dan konstipasi fungsional. Konstipasi kelainan struktural terjadi melalui proses obstruksi aliran tinja, sedangkan konstipasi fungsional berhubungan dengan gangguan motilitas kolon atau anorektal. Konstipasi yang dikeluarkan oleh sebagian besar pasien umumnya merupakan konstipasi fungsional.

2.1.4 Tanda dan Gejala

Gejala konstipasi umumnya adalah terlalu kuat, tinja yang keras, butuh waktu yang lama saat defekasi dan frekuensi kurang dari 3 kali seminggu. Para ahli gastroenterologi di Eropa dan Amerika telah mencoba membuat suatu kriteria sederhana untuk mengakkan konstipasi fungsional yang dikenal dengan kriteria Roma. Kriteria yang digunakan saat ini adalah kriteria Roma II untuk konstipasi.

Tabel 2 1 Kriteria Roma II untuk konstipasi fungsional

No	Keluhan selama 12 minggu, tidak perlu berurutan, dan telah berlangsung selama 12 bulan dengan memenuhi 2 atau lebih kriteria sebagai berikut :
1	Mengedan kuat pada > 1 kali dalam 4 kali defekasi $\frac{3}{4}$
2	Konsistensi tinja keras pada > 1 kali dalam 4 kali defekasi $\frac{3}{4}$

3	Rasa pengeluaran tinja yang tidak komplit > 1 kali dalam 4 kali defekasi ³ / ₄
4	Rasa adanya obstruksi atau blokade anorektal pada > 1 kali dalam 4 kali defekasi ³ / ₄
5	Diperlukan tindakan manual > 1 kali dalam 4 kali defekasi (misalnya menggunakan jari, menyokong rongga pelvis) ³ / ₄
6	Frekuensi defekasi kurang dari 3 kali seminggu ³ / ₄
7	Tidak disertai tinja cair dan tidak memenuhi kriteria irritable bowel syndrome

Sumber (Sembiring, 2017)

Kriteriaa Roma II belum tervalidasi untuk digunakan pada wanita hamil. Kriteria ini dimodifikasi untuk tujuan studi pada populasi wanita hamil, dimana gejala yang muncul >1 kali dalam 4 kali defekasi selama 1 bulan terakhir (Sembiring, 2017). Adapun untuk sembelit kronis (abstipasi), gejalanya tidak terlalu berbeda hanya sedikit lebih parah, diantaranya (Salindri, 2018) :

- 1) Perut terlihat seperti sedang hamil dan terasa sangat mulus.
- 2) Feses sangat keras dan berbentuk bulat-bulat kecil.
- 3) Frekuensi buang air besar dapat mencapai berminggu-minggu.
- 4) Tubuh sering terasa panas, lemas, dan berat.
- 5) Percaya diri turun dan terkadang ingin menyendiri.
- 6) Tetap merasa lapar, tetapi ketika makan akan lebih cepat kenyang (apalagi ketika hamil perut terasa mulas) karena ruang dalam perut berkurang dan mengalami mual bahkan muntah.

2.1.5 Patofisiologi

Berdasarkan patofisiologi konstipasi dapat diklasifikasikan menjadi konstipasi akibat kelainan struktural dan konstipasi fungsional. Konstipasi akibat kelainan struktural terjadi melalui proses obstruksi aliran yinja, sedangkan

konstipasi fungsional berhubungan dengan gangguan motilitas kolon atau anorektal. Konstipasi pada wanita hamil umumnya merupakan konstipasi fungsional. Ada beberapa faktor mengapa wanita hamil mengalami konstipasi yaitu faktor hormonal, perubahan diet, pertumbuhan janin dan aktifitas fisik. Riwayat posisi defekasi juga menjadi resiko untuk timbulnya konstipasi.

Pada wanita hamil terjadi perubahan hormonal yang drastis yakni peningkatan progesteron selama kehamilan. Progesteron akan menyebabkan otot-otot relaksasi untuk memberi tempat janin berkembang. Relaksasi otot juga mengenai otot usus sehingga akan menurunkan motilitas usus yang pada akhirnya menyebabkan konstipasi (slow-Transit constipation). Disamping itu selama kehamilan tubuh menahan cairan, absorpsi cairan di usus meningkat sehingga isi usus cenderung kering dan keras yang memudahkan terjadinya konstipasi.

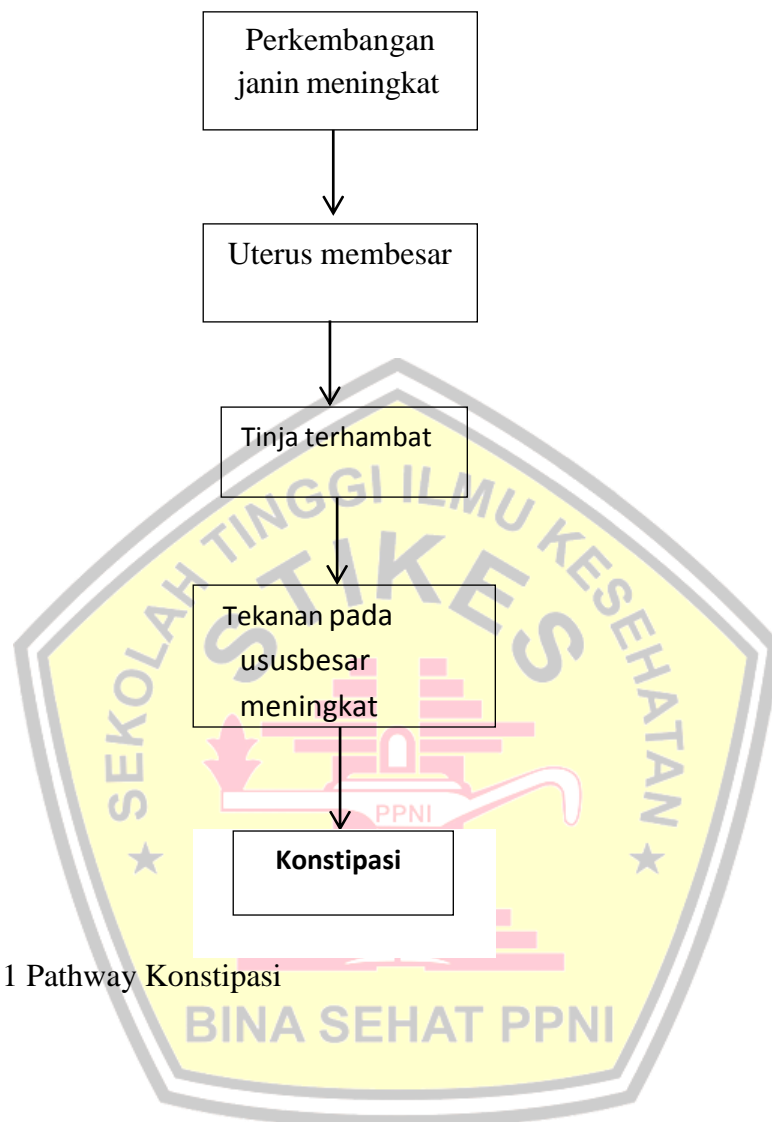
Perubahan diet pada wanita hamil berkontribusi untuk terjadinya konstipasi. Gejala mual muntah pada trimester pertama disertai asupan makanan khususnya minuman yang berkurang akan mempengaruhi proses defekasinya. Semakin besar kehamilan biasanya wanita hamil cenderung mengurangi asupan cairan. Komposisi makanan yang cenderung berupa susu dan daging atau ikan tanpa disertai cukup makanan kaya serat akan memperbesar resiko terjadinya konstipasi. Begitu juga pemberian suplemen besi dan kalsium selama kehamilan merupakan faktor risiko terjadinya konstipasi.

Uterus yang semakin membesar seiring dengan perkembangan janin pada wanita hamil akan memberikan tekanan pada usus besar dengan akibat evakuasi tinja terhambat. Semakin besar kehamilan maka semakin besar tekanan

pada usus besar sehingga semakin mudah terjadinya konstipasi. Aktifitas fisik yang cukup akan memperbaiki motilitas pencernaan termasuk usus dengan memperpendek waktu transitnya. Wanita hamil cenderung akan mengurangi aktifitasnya untuk menjaga kehamilannya. Begitu juga semakin besar kehamilan wanita hamil cenderung semakin malas beraktifitas karena bobot tubuh semakin berat. Ketegangan psikis seperti stres dan cemas juga merupakan faktor resiko terjadinya konstipasi.

Posisi defekasi juga mempengaruhi untuk terjadinya konstipasi. Pada posisi jongkok, sudut antara naus dan rektum akan menjadi lurus akibat fleksi maksimal dari paha. Ini akan memudahkan terjadinya proses defekasi sehingga tidak memerlukan tenaga mendedan yang kuat. Pada posisi duduk, sudut antara anus dan rektum menjadi tidak cukup lurus sehingga membutuhkan tenaga mendedan yang lebih kuat. Proses mendedan kuat yang berkelanjutan akan dapat menimbulkan konstipasi dan hemoroid. Ibu hamil cenderung lebih nyaman defekasi dengan posisi duduk tetapi dapat berakibat timbulnya konstipasi (Sembiring, 2017).

2.1.6 Pathway



Gambar 2 1 Pathway Konstipasi

2.1.7 Penatalaksanaan Konstipasi

Penatalaksanaan konstipasi

1) Non Farmakologi

- a) Meningkatkan asupan serat yang cukup (25-23 gram), dan aktifitas fisik
- b) Hindari makanan porsi besar tetapi makanlah dengan porsi kecil tapi sering
- c) Hindari ketegangan psikis seperti stres dan cemas
- d) Jangan menahan rasa ingin buang air besar karena akan memperbesar resiko konstipasi
- e) pemberian prebiotik pada wanita hamil dianjurkan karena dapat memperbaiki keseimbangan flora kolon dan memperbaiki fungsi pencernaan.

2) Farmakologis

Terapi farmakologi diberikan apabila terapi non farmakologi tidak tercapai. Penggunaan obat pencahar (Laksatif) sebagai terapi lini kedua diberikan hanya bila benar-benar diperlukan dan tidak untuk penggunaan jangka panjang (Sembiring, 2017).

2.1.8 Komplikasi Konstipasi

Komplikasi konstipasi mulai dari mual, muntah, penurunan nafsu makan, hemoroid sampai yang jarang terjadi seperti : fisura ani, inkontinensia alvi, perdarahan per rektum, fecal impacted dan prolapsu uteri (Sembiring, 2017).

Komplikasi konstipasi :

- 1) Hemoroid atau wasir

Pembengkakan dinding anus akibat pelebaran pembuluh darah yang biasanya disebabkan oleh proses mengjan yang terlalu lama.

2) Fisura ani

Mengeja terlalu lama dan tinja yang keras atau besar dapat mengakibatkan fisura atau robeknya kulit pada dinding anus.

3) Impaksi feses

Menumpuknya tinja yang kering dan keras di rektum akibat konstipasi yang berlarut-larut.

4) Ploraps rektum

Pada posisi ini, rektum pindah dari posisinya di dalam tubuh dan menonjol keluar dari anus akibat terlalu lama mengejan (Nurbadriyah, 2020).

2.1.9 Manifestasi Komplikasi Konstipasi

Manifestasi komplikasi mencakup defekasi kurang sering dibandingkan pola normal, sering ketidaknyamanan abdomen, anoreksia, mengejan saat defekasi. Pada konstipasi signifikan atau ketergantungan jangka panjang terhadap laktasi atau enema, sumbatan feses dapat terjadi, sumbatan dapat terjadi juga setelah pemberian barium untuk pemeriksaan radiologi. Sumbatan akan terasa keras seperti dempul pada rektum. Kram abdomen dan sensasi penuh pada area rektal merupakan manifestasi konstipasi (Nurbadriyah, 2020).

2.1.10 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik wanita hamil yang mengalami susah defekasi ditujukan mencari faktor lain yang menyebabkan konstipasi. Konstipasi karena kelainan struktural, tanda-tanda ileus ataupun akut abdomen harus disingkirkan pada

pemeriksaan fisik. Pemeriksaan colok dubur juga perlu dilakukan untuk menilai adanya fecal impacted, massa tumor, fisura ani dan hemoroid (Sembiring, 2017).

2.1.11 Pemeriksaan Penunjang

- 1) Tes darah : hitung darah lengkap, laju endapan darah (LED), fungsi tiroid, kalsium.
- 2) *Barium enema* : mungkin lebih bermanfaat daripada kolonoskopi karena dapat menyingkirkan keganasan kolorektal dan megakolon sekaligus
- 3) Fisiologi anorektal
- 4) Program defekasi (Nurbadriyah, 2020).

2.2 Konsep Dasar Kehamilan

2.2.1 Definisi

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi dan implementasi. Bila dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari). Periode menunggu, penantian dan waspada seringkali disebut juga masa trimester 3. Selama periode ini sebagian besar wanita hamil dalam keadaan cemas yang nyata. Dari kecemasan tersebut timbulah beberapa keluhan-keluhan fisiologis pada trimester 3 (Irianti, Halida, et al. 2014).

Kehamilan merupakan kejadian fisiologis dan harus disadari semua wanita hamil. Selama masa kehamilan, tubuh seorang wanita akan mengalami banyak perubahan. Baik perubahan fisik, mood, maupun hormonal. Tentu semua dapat menyebabkan timbulnya bermacam-macam keluhan dan masalah pada kehamilan

diantaranya yaitu sering berkemih, varises, susah buang air besar (konstipasi), wasir, sesak nafas, bengkak dan kram pada kaki, gangguan tidur (mudah lelah), nyeri perut bawah, dan heartburn (Irianti, Halida et al. 2014). Kehamilan merupakan mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua, seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran bayi, sehingga disebut juga sebagai periode penantian (Lombagia, 2017).

2.2.2 Perubahan Anatomi dan Fisiologi pada Ibu Hamil Trimester III

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

uterus pada usia gestasi 30 minggu, fundus uteri dapat dipalpasi di bagian tengah antara umbilikus dan sternum. Pada usia kehamilan 38 minggu, uterus sejajar dengan sternum. Tuba uterin tampak agak terdorong ke dalam di atas bagian tengah uterus. Frekuensi dan kekuatan kontraksi otot segmen atas rahim semakin meningkat. Oleh karena itu, segmen bawah uterus berkembang lebih cepat dan merenggang secara radial, yang jika terjadi bersamaan dengan pembukaan serviks dan pelunakan jaringan dasar pelvis bagian atas.

Hal ini mengakibatkan tinggi fundus yang disebut dengan lightening, yang mengurangi tekanan pada bagian abdomen. Peningkatan berat uterus 1.000 gram dan peningkatan ukuran uterus 30x22,5x20 cm.

b) Serviks uteri

Serviks akan mengalami perlunakan atau pematangan secara bertahap

akibat bertambahnya aktivitas uterus selama kehamilan, dan akan mengalami dilatasi sampai pada kehamilan trimester II. Sebagian dilatasi ostium eksternal dapat dideteksi secara klinis dari usia 24 minggu, dan pada sepertiga primigravida, ostium internal akan terbuka pada minggu ke 32. Enzim kolagenase dan prostaglandin berperan dalam pematangan serviks.

c) Vagina dan vulva

Pada kehamilan trimester II terkadang terjadi peningkatan rabas vagina. Peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih. Pada awal kehamilan, cairan ini biasanya agak kental, sedangkan pada saat mendekati persalinan cairan tersebut akan lebih cair.

d) Payudara

Pada ibu hamil terkadang keluar rembesan cairan berwarna kekuningan dari payudara ibu yang disebut kolostrum. Hal ini tidak berbahaya menyusui bayinya nantinya. Progesterone menyebabkan puting menjadi lebih menonjol.

2) Sistem Integumen

Perubahan sistem integumen sangat bervariasi tergantung ras. Perubahan yang terjadi disebabkan oleh hormonal dan peregangan mekanik. Secara umum, perubahan pada integumen meliputi peningkatan ketebalan kulit dan rambut, peningkatan aktivitas kelenjar keringat, dan peningkatan sirkulasi dan aktivitas vasomotor. Striae gravidarum biasanya terjadi dan terlihat sebagai garis merah

yang berubah menjadi garis putih yang berkilau, hal ini kadang mengakibatkan rasa gatal.

3) Sistem Kardiovaskuler

Sejak pertengahan kehamilan denyut nadi waktu istirahat meningkat sekitar 10-15 kali permenit dan aspek jantung berpindah sedikit ke lateral, bising sistolik pada saat inspirasi meningkat. *Cardiac Output* (COP) meningkat sekitar 30-50% selama kehamilan dan dan tetap tinggi sampai persalinan. *Cardiac Output* (COP) dddapat menurun bila ibu berbaringterlentang pada akhir kehamilan karena pembesaran uterus menekan vena cava interior, mengurangi venous kembali ke jantung sehingga menurunkan *Cardiac Output* (COP). Sehingga ibu akan mengalami hipotensi sindrom, yaitu pusing, mual, dan seperti hendak pingsan.

4) Sistem Respirasi

Kecepatan pernapasan menjadi sedikit lebih cepat untuk memenuhi kebutuhan oksigen yang meningkat selama kehamilan (15-20%). Tidal volume meningkat 30-40%. Pada kehamilan lanjut ibu cenderung menggunakan pernafasan dada daripada pernafasan perut, hal ini disebabkan oleh tekanan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim.

5) Sistem Pencernaan

Nafsu makan pada akhir kehamilan akan meningkat dan sekresi usus berkurang. Usus besar bergeser ke arah lateral atas dan posterior, sehingga aktivitas peristaltik menurun yang mengakibatkan bisisng usus menghilang dan konstipasi umumnya akan terjadi. Hemoroid ini cukup sering pada kehamilan terutama pada trimester II, kelainan ini sebagian besar disebabkan oleh konstipasi

dan naiknya tekanan vena di bawah uterus. Refleks asam lambung (heartburn) disebabkan oleh regurgitasi isi lambung esophagus bagian bawah. Progesteron menyebabkan relaksasi sfingter kardiak pada lambung dan mengurangi motalitas lambung sehingga memperlambat pengosongan lambung. Heartburn biasanya hanya terjadi pada satu atau dua bulan terakhir kehamilan.

6) Sistem perkemihan

Aliran plasma renal meningkat 30% dan laju filtrasi glomerulus meningkat (30-50%) pada awal kehamilan mengakibatkan poliuri. Usia kehamilan 12 minggu pembesaran uterus menyebabkan penekanan pada vesika urinaria menyebabkan peningkatan frekuensi miksi yang fisiologis. Pada ibu hamil kandung kencing tertarik ke atas pelvik dan uretra memanjang. Kandung kencing menjadi organ abdomen dan tertekan oleh pembesaran uterus serta penurunan kepalasehingga menyebabkan peningkatan frekuensi buang air kecil.

7) Sistem Muskuloskeletal

Peningkatan distensi abdomen membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot perut dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang (realignment) kurvatura spinalis. Berat uterus dan isinya menyebabkan perubahan titik pusat gravitasi dan garis bentuk tubuh. Lengkungan tulang belakang berubah bentuk mengimbangi pembesaran abdomen.

8) Perubahan pada Sistem Metabolik

Basal metabolic rate (BMR) umumnya meningkat 15-20% terutama pada trimester II dan akan kembali ke kondisi sebelum hamil pada 5-6 hari postpartum. Peningkatan BMR menunjukkan peningkatan kebutuhan dan pemakaian oksigen.

Vasodilatasi perifer dan peningkatan aktivitas kelenjar keringat membantu mengeluarkan kelebihan panas akibat peningkatan BMR selama hamil. Ibu mungkin tidak dapat mentoleransi suhulingkungan yang sedikit panas. Kelemahan dan kelelahan setelah aktivitas ringan, rasa mengantuk mungkin dialami ibu sebagai akibat peningkatan aktivitas metabolisme.

9) Perubahan berat badan

Penambahan berat badan selama kehamilan bervariasi antara ibu yang satu dengan ibu yang lainnya. Kenaikan berat badan selama hamil berdasarkan usia kehamilan 10 minggu sebesar 600 gram, 20 minggu sebesar 4000 gram, 30 minggu sebesar 8500 gram, dan 40 minggu sebesar 12500 gram. Pada kehamilan biasa terjadi penambahan berat badan 0,5 kg/minggu atau sebesar (8-15 kg) (Syaiiful & Fatmawati, 2019).

2.2.3 Tanda dan Gejala Kehamilan

- 1) Ibu merasakan gerakan kuat bayi di dalam perutnya. Sebagian besar ibu mulai merasakan tendangan bayi pada usia kehamilan lima bulan.
- 2) Bayi dapat dirasakan di dalam rahim. Semenjak umur kehamilan 6 atau 7 bulan.
- 3) Denyut jantung bayi dapat terdengar. Saat usia kehamilan menginjak bulan ke-5 atau ke-6 denyut jantung bayi terkadang didengar menggunakan instrumen yang dibuat untuk mendengarkan, seperti stetoskop atau fetoskop.
- 4) Tes kehanilan medis menunjukkan bahwa ibu hamil. Tes ini dilakukan dengan perangkat tes kehamilan di rumah atau laboratorium dengan urine

atau darah ibu (Sutanto & Fitriana, 2019).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan dengan Masalah Konstipasi Pada Ibu Hamil

2.3.1 Pengkajian

1) Anamnesis

- a) Identifikasi pasien meliputi : umur, pendidikan, pekerjaan, suku/budaya, agama, identitas suami dan alamat.
- b) Riwayat kesehatan sekarang
 - (1) Keluhan utama , pasien datang dengan keluhan sulit BAB sejak 5 hari yang lalu.
 - (2) Riwayat kesehatan personal, ditanyakan untuk mengetahui karakteristik personal termasuk hubungan pasien dengan orang lain, riwayat pengobatan termasuk apakah pasien mempunyai riwayat penyakit menular/keturunan.
 - (3) Riwayat menstruasi, ditanyakan untuk mengetahui tentang faal alat reproduksi. Hal yang dikaji adalah usia saat menache, siklus, lama menstruasi, nyeri, konsistensi, perdarahan intramenstruasi, problem, dan prosedur (misalnya : amernohoe, perrdarahan ireguler).
 - (4) Riwayat seksual, ditanyakan untuk mengetahui penggunaan kontrasepsi klien serta masalah yang dialami selama penggunaannya, penyakit transmisi seksual jika ada.
 - (5) Riwayat genekologi, ditanyakan untuk mengetahui adanya masaalaah/penyakit geniekologi.

(6) Riwayat kesehatan keluarga, ditanyakan untuk mengetahui adanya risiko penyakit menular atau keturunan, kelainan- kelainan dalam genetik.

c) Riwayat obstetrik

Ditanyakan untuk mengetahui riwayat kehamilan sebelumnya, misalnya adanya komplikasi pada kehamilan dan kelahiran serta faktor risiko.

(1) Paritas pasien, ditulis dengan G...P...A... di mana G adalah gravida, P adalah paritas dan A adalah abortus.

(2) Hari pertama haid terakhir (HPHT) ditanyakan untuk memperkirakan tanggal persalinan.

(3) Usia kehamilan, dituliskan dalam minggu.

(4) Gerak janin pertama kali, ditanyakan untuk mengetahui gerakan janin yang pertama dirasakan ibu pada umur kehamilan berapa minggu dan mengetahui masalah yang mungkin terjadi pada janinyang dikandung.

(5) Keluhan yang dialami, pasien mengatakan mempunyai riwayat hamil anak sebelumnya yaitu sulit BAB.

(6) Pengobatan atau obat-obatan yang digunakan sejak kehamilan, paparan terhadap penyakit khususnya rubella dan penyakit imun, sakit yang dialami selama/sejak kehamilan, paparan terhadap toksin di tempat kerja (bila berkerja/di tempat tinggal) diperlukan untuk mengetahui efek yang dapat ditimbulkan dari masalah tersebut pada

kehamilan.

(7) Reaksi dan adaptasi terhadap kehamilan, reaksi dan adaptasi terhadap kehamilan bagi pasangan dan keluarga, hubungan suami dengan klien dan keluarga, ditanyakan untuk mengetahui penerimaan klien, pasangan, dan keluarga terhadap kehamilan yang dapat mempengaruhi pemeliharaan kehamilan.

d) Kebutuhan dasar sehari-hari

(1) Nutrisi, pasien tidak suka makan sayur dan buah sehingga hal tersebut memperberat konstipasi yang dialami.

(2) Eliminasi, pasien sering BAK karena penurunan kepala kePAP, pasien sulit buang air besar

(3) Aktivitas dan latihan, tanyakan ada gangguan atau tidak

(4) Istirahat dan tidur, tanyakan pola, lama, dan gangguan tidur baik pada waktu siang maupun malam.

(5) Seksualitas, tanyakan tentang pendidikan seksual dan kesiapan fungsi seksual, konsep seksual diri dan identitas, sikap terhadap seksualitas dan efek terhadap kehamilan.

(6) Persepsi dan kognitif, kaji tentang status mental, pendengaran, berbicara, penciuman, perabaan, kejang, dan nyeri.

e) Persepsi diri dan konsep diri, tanyakan motivasi terhadap kehamilan, efek kehamilan terhadap *body image*, orang terdekat, dan tujuan dari kehamilan.

f) Keyakinan budaya (*culture*).

- g) Kepercayaan dan ibadah.
- h) Kebiasaan yang merugikan, seperti merokok, minum alkohol, dan lain-lain.

2) Pemeriksaan fisik

- a) Pengukuran tinggi badan dan berat badan serta lingkaran lengan atas (Lila)

- b) Tanda-tanda vital

- (1) Tekanan darah, biasanya normal kecuali bila ada kelainan.

Apabila tekanan darah mencapai 140/90 mmHg atau lebih, mintalah ibu berbaring miring ke kiri dan santai sampai terkantuk selama 20 menit kemudian ukurlah tekanan darahnya. Bila tekanan darah tetap tinggi menunjukkan ibu menderita preeklamsi yang harus dirujuk ke dokter.

- (2) Nadi ★

Nadi yang normal adalah sekitar 80x/menit. Bila nadi lebih dari 120x/menit, maka hal ini menunjukkan adanya kelainan.

- (3) Suhu

Normal 35,5-37,5°C jika lebih dari 37,5°C dikatakan demam, berarti ada infeksi dalam kehamilan

- c) Pemeriksaan Cephalo Caudal

- (1) Kepala, muka, dan leher

Perhatikan adanya *cloasma gravidarum*, pucat serta pembengkakan pada wajah. Bila terdapat pucat pada wajah, periksa konjungtiva mata

dan kuku. Konjungtiva mata dan kuku pucat menandakan ibu menderita anemia, sehingga memerlukan tindakan lebih lanjut. Bila terdapat oedema di wajah, perhatikan adanya bengkak pada tangan dan mata kaki.

(2) Mulut klien, perhatikan beberapa ciri seperti pucat pada bibir, pecah-pecah, stomatis, gingivitis, gigi tanggal, gigi berlubang, caries gigi dan bau mulut.

(3) Leher (pembengkakan saluran limfe atau kelenjar tyroid).

(4) Dada dan payudara

Pada kunjungan pertama, periksa adanya kemungkinan benjolan yang tidak normal. Perhatikan ukuran payudara simetrik/tidak, puting payudara (menonjol, datar atau masuk, keluarnya kolostrum/cairan lain, hiperpigmentasi areola mamae dan kebersihannya.

(5) Abdomen

(a) Inspeksi : bentuk abdomen (simetris/asimetris)

(b) Palpasi : TFU

((1)) Rumus TFU (Tinggi Fundus Uteri) adalah singkatan yang dapat

digunakan untuk mengetahui usia kehamilan, yakni :

Taksiran berat janin = $(TFU - 12) \times 155$ gram

Tabel 2.2 Tinggi Fundus Uteri

Umur kehamilan (minggu)	Tinggi fundus uteri (cm)
22-28 minggu	24-25 cm di atas simfisis

28 minggu	26,7 cm di atas simfisis
30 minggu	29,5-30 cm di atas simfisis
32 minggu	29,5-30 cm di atas simfisis
34 minggu	31 cm di atas simfisis
36 minggu	32 cm di atas simfisis
38 minggu	33 cm di atas simfisis
40 minggu	37,7 di atas simfisis

Sumber : Sari, Anggita dkk. (2015)

((2)) Pemeriksaan Leopold :

Leopold 1 (menentukan letak kepala/bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yang lain di atas simfisis).

Menentukan tinggi fundus uteri dan bagian apa yang terletak di fundus uteri. Jika berada dibagian tidak melenting, dapat digoyangkan, lunak maka itu adalah bokong. Dan jika teraba bagian melenting, bundar, keras, tidak dapat digoyangkan maka adalah bagian kepala.

Leopold 2 (menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan fundus). Menetapkan bagian yang terletak di bagian samping/menentukan letak punggung. Letak membujur dapat ditetapkan punggung anak yang teraba bagian kecil janin. Pada letak lintang dapat ditetapkan di mana kepala janin. Normal : teraba punggung sebelah kanan/kiri.

Leopold 3 (menentukan letak punggung dengan pinggir

tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut). Menetapkan bagian apa yang terdapat di atas simfisis pubis. Untuk mengetahui bagian terendah janin. Kepala akan teraba bulat, keras, dan melenting sedangkan bokong teraba keras dan tidak bulat. Pada letak lintang simfisis pubis akan kosong. Normal teraba kepala bagian yang ulat dan melenting Leopold 4 menetapkan bagian terendah janin sudah masuk PAP/belum. Bila konvergen berarti masuk PAP. Bila divergen berarti bagian depan sudah masuk PAP.

(c) Auskultasi

Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung dengan cara 5 detik pertama, interval 5 detik, dilanjutkan menghitung 5 detik kedua interval 5 detik, dilanjutkan 5 detik ke tiga. Jumlah perhitungan selama 3x setiap kali dikalikan 4, sehingga DJJ selama satu menit dapat ditetapkan. Jumlah DJJ normal antara 120-140x/menit.

(6) Pemeriksaan punggung di bagian ginjal

Tepuk punggung di bagian ginjal dengan bagian sisi tangan dikepalkan. Bila ibu merasa nyeri, mungkin terdapat gangguan ginjal dan salurannya.

(7) Genetalia

Pada vulva mungkin didapatkan cairan jernih atau sedikit berwarna putih tidak berbau. Pada keadaan normal, tidak akan ada rasa gatal,

luka, atau perdarahan. Raba kulit pada daerah selangkangan. Pada keadaan normal tidak teraba benjolan kelenjar. Perhatikan pula adanya varises.

(8) Ekstermitas

Periksa adanya oedema yang paling mudah dilakukan pretibia dan mata kaki, dengan cara menekan beberapa detik. Apabila terjadi cekungan yang tidak lekas kembali, berarti oedema positif. Oedema positif pada tungkai menandakan adanya *preeklamsi*.

(9) Pemeriksaan lutut (*patella*)

Minta ibu duduk dengan tungkai tergantung bebas, jelaskan apa yang hendak dilakukan. Raba tendon dibawah lutut. Dengan menggunakan hammer ketuklah tendon pada lutut bagian depan. Tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendo diketuk.

3) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan tambahan, misalnya, feses, darah, USG, dan lain-lain (Dartiwen & Nurhayati, 2019).

4) Analisa Data

Tabel 2 3 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Mayor a. Subyektif 1) Defekasi kurang dari 2 kali seminggu 2) Pengeluaran feses	a. Fisiologis 1) Penurunan motilitas Gastrointestinal 2) Ketidakadekuatan pertumbuhan gigi	Konstipasi

	lama dan sulit	3) Ketidakcukupan diet	
	b. Obyektif	4) Ketidakcukupan asupan serat	
	1) Feses keras	5) Ketidakcukupan asupan serat	
	2) Peristaltik usus menurun	6) Aganglionik (mis.penyakitHirschprung)	
	Minor	7) Kelemahan otot Abdomen	
	a. Subyektif	b. Psikologis	
	1) Mengejan saat defekasi	1) Konfusi	
		2) Depresi	
	b. Obyektif	3) Gangguan emosional	
	1) Distensi abdomen	c. Situasional	
	2) Kelemahan pada rektal	1) Perubahan kebiasaan makan (mis.jenis makanan,jadwal makan)	
	3) Teraba massa pada rektal	2) Ketidakadekuatan toileting	
		3) Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan	
		4) Penyalahgunaan laksatif	
		5) Efek agen farmakologis	
		6) Ketidakteraturan	
		7) kebiasaan menahan dorongan defekasi	
		8) Kebiasaan menahan dorongan defekasi	
		9) Perubahan lingkungan	

Sumber : (SDKI 2017,)

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan konstipasi pada ibu hamil adalah konstipasi berhubungan dengan ketidakadekuatan asupan serat dibuktikan dengan pasien sulit BAB dan nyeri pada abdomen, pada saat BAB terakhir feses berbentuk keras dan terasa nyeri. Diagnosis konstipasi pada ibu hamil (SDKI 0049).

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2 4 Intervensi Keperawatan

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan selama 3 kali pertemuan diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>1) Kontrol pengeluaran feses meningkat dengan warna feses kecoklatan, padat serta mudah dikeluarkan dan tidak berair.</p> <p>2) Keluhan defekasi lama dan sulit menurun</p>	<p>Menajemen eliminasi fekal :</p> <p>1) Observasi</p> <p>a) Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar</p> <p>b) Identifikasi pengobatan yang efektif pada kondisi gastrointestinal</p> <p>c) Monitor buang air besar (mis. warna, frekuensi, konsistensi, volume)</p> <p>d) Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi,</p>	<p>1) Observasi</p> <p>a) Untuk mengetahui masalah usus dan penggunaan obat pencahar</p> <p>b) Untuk mengetahui pengobatan yang dilakukan klien</p> <p>c) Pengkajian dasar untuk mengetahui masalah BAB</p> <p>d) Untuk mengetahui tanda dan gejala</p>

3) Mengejan saat defekasi menurun	atau impikasi	diare, konstipasi dan impaksi
4) Distensi abdomen menurun	2) Terapeutik a) Berikan air hangat setelah makan	2) Terapeutik a) Untuk memperlancar saluran pencernaan
5) Terasa masa pada rektal menurun	b) Jadwalkan waktu defekasi bersama pasien	b) Agar jadwal sesuai dengan keinginan klien
6) Urgency menurun	c) Sediakan makanan tinggi serat seperti, sayuran hijau (bayam, brokoli, kangkung, dll), dan buah-buahan (pepaya, kiwi, pisang, dll)	c) Untuk menurunkan konstipasi
7) Nyeri abdomen menurun	3) Edukasi a) Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus misalnya, youghurt, alpukat, tempe, pepaya, pisang, apel, bayam, brokoli, dan lain- lain.	3) Edukasi a) Agar klien mengerti jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan perstaltik usus
8) Kram abdomen menurun		b) Untuk mengetahui masalah BAB
9) Konsistensi feses membaik dengan rutin BAB minimal 1x/sehari.		c) Memberikan penjelasan agar klien meningkatkan aktifitas fisik sesuai toleransi
10) Frekuensi defekasi membaik minimal 1x/sehari dengan jumlah 200cc.		d) Memberikan penjelasan agar
11) Peristaltik usus membaik dengan BAB setiap hari		

	<p>c) Anjurkan meningkatkan aktifitas fisik, sesuai toleransi seperti jalan santai keliling halaman, yoga, dan berenang bila perlu.</p> <p>d) Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas seperti, kubis, keju.</p> <p>e) Anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat misalnya sayuran hijau (bayam, brokoli, kangkung), buah-buahan (pepaya, pisang, kiwi, apel), kacang-kacangan</p> <p>f) Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi</p> <p>4) Kolaborasi</p> <p>a) Kolaborasi pemberian obat suppositoria anal,</p>	<p>klien mengurangi asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas</p> <p>e) Memberikan penjelasan agar klien mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat</p> <p>f) Memberikan penjelasan agar klien meningkatkan asupan cairan</p> <p>4) Kolaborasi</p> <p>a) Untuk menurunkan konsipasi</p>
--	--	--

	jika perlu	
--	------------	--

Sumber : (SLKI 2019 & SIKI 2018)

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah perwujudan dari rencana tindakan yang telah dengan maksud agar kebutuhan klien terpenuhi secara optimal. Tindakan dapat dilakukan oleh perawat secara mandiri atau bekerja sama dengan tenaga lainnya (Padilah, 2015).

- 1) Anjurkan klien meningkatkan aktifitas fisik, sesuai toleransi dapat di mulai dengan berjalan kaki, senam dan lain-lain.
- 2) Anjurkan mengkonsumsi makanan yang tinggi serat seperti, sayuran dan

buah-buahan.

- 3) Jelaskan pentingnya defekasi bagi kesehatan tubuh
- 4) Selanjutnya jadwalkan waktu defekasi bersama pasien misalnya defekasi waktu pagi, siang atau malam secara rutin setiap hari

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 2 5 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat pada ibu hamil trimester III	<ol style="list-style-type: none"> 1) S (Subyektif) : data yang di peroleh dari respon pasien secara verbal <ol style="list-style-type: none"> a) Pasien defekasi kurang dari 2 kali seminggu b) Pasien mengeluarkan feses lama dan sulit c) Pasien mengejan saat defekasi 2) (Objektif) : data yang diperoleh dari respon pasien secara non verbal atau melalui pengamatan perawat <ol style="list-style-type: none"> a) Feses keras b) Peristaltik usus menurun c) Distensi abdomen d) Kelemahan umum e) Teraba massa pada rektal

Sumber: (SDKI, 2017)