

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Ibu Hamil Trimester III

1. Definisi Kehamilan Trimester III

Menurut Sutanto, dkk kehamilan merupakan proses yang diawali dengan konsepsi atau fertilisasi yaitu proses bertemunya sel telur (ovum) dan sperma (Sutanto Vita and Fitriana 2018). Suatu masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin (280 hari/40 minggu) atau 9 bulan 7 hari (Yulizawati, Fitria, and Chairani 2021).

Kehamilan merupakan anugerah tuhan yang harus direncanakan dan dipersiapkan dengan baik, agar dapat merencanakan kehamilan yang sehat, serta menjamin kesejahteraan ibu, anak dan keluarga (Kementerian Kesehatan 2021). Berdasarkan pengertian-pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa kehamilan merupakan anugrah tuhan yang menjadi permulaan dari kehidupan baru dan diawali dengan proses konsepsi atau pembuahan sampai lahirnya janin yaitu 40 minggu atau 9 bulan 7 hari, yang harus direncanakan dan dipersiapkan dengan sangat baik.

Kehamilan trimester tiga dimulai dari usia kehamilan 29 minggu sampai dengan 40 minggu (hingga bayi lahir). Pada trimester ketiga ini terjadi beberapa perubahan, terutama pada berat badan, akibat pembesaran uterus dan sendi panggul yang sedikit mengendur yang menyebabkan calon ibu sering kali mengalami nyeri pinggang dan sering buang air kecil atau inkontinensia urin (Kementerian Kesehatan RI 2022).

2. Adaptasi Fisiologis Pada Ibu Hamil Trimester III

Pada kehamilan normal, hampir semua system organ mengalami perubahan anatomis dan fungsional. Menurut (Sutanto Vita and Fitriana 2018) adaptasi fisiologis pada trimester ketiga kehamilan yaitu sebagai berikut:

a. Sistem Reproduksi

Perubahan pada system reproduksi antara lain:

1) Uterus.

Wanita yang tidak hamil memiliki uterus normal dengan berat sekitar 70gram dengan rongga berukuran 10 ml atau kurang. Pada saat kehamilan volume total isi uterus adalah sekitar 5L meskipun dapat juga mencapai 20L atau lebih. Saat akhir kehamilan, uterus telah mencapai kapasitas 500-1000 kali lebih besar daripada keadaan tidak hamil.

2) Susunan Sel Otot.

Otot-otot uterus selama kehamilan tersusun dalam tiga lapisan:

- a) Lapisan luar, berbentuk tudung yang melengkung menutupi fundus.
- b) Lapisan tengah, yang terdiri dari anyaman padat serat otot.
- c) Lapisan dalam, memiliki serat-serat mirip sfingter mengelilingi orifisium tuba uteri dan ostium internum servisis.

3) Ukuran, bentuk dan posisi uterus.

Dibeberapa minggu pertama, uterus mempertahankan bentuknya yang mirip buah pir, namun seiring kemajuan kehamilan korpus dan fundus mengambil bentuk lebih membulat. Pada akhir minggu ke-12, uterus menjadi terlalu besar untuk seluruhnya tetap berada di dalam panggul. Pada saat wanita hamil berdiri sumbu longitudinal uterus setara dengan perluasan sumbu *aperture pelvis*

superior. Dinding abdomen menopang uterus, kecuali jika terlalu lemas, mempertahankan hubungan anatar sumbu panjang uterus dan sumbu *aperture pelvis superior*. Dalam keadaan terlentang, uterus kembali jatuh bertumpu pada kolumna vertebra dan pembuluh-pembuluh besar sekitar, terutama vena kava inferior dan aorta.

4) Kontraktilitas.

Saat awal kehamilan uterus sudah mengalami kontraksi ireguler yang secara normal tidak menyebabkan nyeri. Intensitasnya bervariasi antar 5-25 mmHg. Sampai beberapa minggu menjelang akhir kehamilan. Kontraksi ini jarang terjadi, tetapi meningkat selama satu atau dua minggu terakhir kehamilan. Pada saat ini, kontraksi dapat berlangsung setiap 10-20 menit.

5) Aliran darah uteroplasenta.

Selama kehamilan aliran darah uteroplasenta meningkat secara progresif, dengan perkiraan berkisar 450-650 mL/mnt menjelang aterm.

6) Regulasi aliran darah Uteroplasenta.

Peningkatan progresif aliran darah ibu ke plasenta selama gestasi terutama disebabkan oleh vasodilatasi, sedangkan aliran darah janin ke plasenta meningkat akibat terus tumbuhnya pembuluh-pembuluh plasenta.

7) Serviks.

Setelah satu bulan konsepsi serviks sudah mulai mengalami pelunakan dan sianosis yang signifikan.

8) Ovarium

Selama kehamilan ovarium berhenti dan pematangan folikel-folikel baru ditunda.

9) Tuba Uterina.

Otot-otot tuba uterine hanya sedikit mengalami hipertrofi selama kehamilan.

10) Vagina dan Perinium.

Terjadi peningkatan vaskularitas dan hyperemia dikulit dan otot perineum dan vulva, disertai pelunakan jaringan ikat dibawahnya selama kehamilan.

b. Payudara

Saat minggu awal kehamilan, wanita sering merasakan paresthesia dan nyeri payudara. Dibulan kedua, payudara membesar dan vena-vena halus dibawah kulit mulai terlihat. Puting menjadi jauh lebih besar, berwarna lebih gelap dan lebih tegak. Setelah beberapa bulan pertama pemijatan lembut pada puting sering menyebabkan keluarnya cairan kental kekuning-kuningan. Selama bulan-bulan tersebut, areola menjadi lebih lebar dan lebih gelap, serta munculnya sejumlah tonjolan kecil kelenjar Montgomery yaitu kelenjar sebacea hipertrofik.

c. Sistem Endokrin

Perubahan pada system endokrin antara lain; Aliran darah kekulit, Dinding Abdomen, Hiperpigmentasi, Perubahan Vaskular.

d. Sistem Perkemihan

Perubahan pada system Perkemihan antara lain; terjadi pada ginjal, Ureter, dan Kandung Kemih.

1) Ginjal

Laju filtrasi glomerulus (LFG, *Glomerular Filtration Rate*) dan aliran plasma ginjal meningkat pada awal kehamilan. LFG meningkat hingga 25% pada minggu kedua setelah konsepsi dan 50 persen pada awal trimester kedua. Sekitar

60% wanita mengalami peningkatan berkemih selama kehamilan, terutama akibat meningkatnya LPG.

2) Ureter.

Ureter mampu sangat melebar dan pembesaran ini lebih nyata disisi kanan 86% persen wanita. Dilatasi tak setara ini dapat disebabkan oleh efek bantalan yang dihasilkan oleh kolon sigmoid bagi ureter kiri dan mungkin karena penekanan ureter kanan dan lebih besar dekstrorotasi uterus.

3) Kandung Kemih.

Terjadi sedikit perubahan anatomis di kandung kemih sebelum 12 minggu. Namun sejak waktu ini dengan bertahannya tekanan uterus, terjadi hyperemia yang mengenai semua organ panggul, dan tumbuhnya hyperplasia otot dan jaringan ikat kandung kemih, maka trigonum vesika terangkat dan tepi porterior atau intraureternya menebal. Pada ibu hamil trimester III terjadi penurunan kepala ke PAP (Pintu Atas Panggul) yang mengakibatkan tekanan intra abdomen, hal ini meningkatkan aliran plasma ginjal dan peningkatan laju filtrasi glomerulus sehingga mengakibatkan sering buang air kecil.

e. Sistem Pencernaan

Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, lambung dan usus-usus tergeser oleh uterus yang membesar. Karena itu, temuan fisik pada penyakit tertentu mengalami perubahan. Apendiks misalnya, biasanya tergeser ke atas dan agak lateral akibat uterus yang membesar. Kadang-kadang apendiks mencapai pinggang kanan (Sutanto Vita and Fitriana 2018). Produksi hormon progesteron akan meningkat dengan tujuan membuat relaksasi otot halus dan mencegah uterus berkontraksi, sehingga bisa menerima hasil konsepsi. Namun, peningkatan hormon

ini juga memperlambat pergerakan usus, sehingga proses pengosongan lambung menjadi lebih lama dan waktu 'transit' makanan di lambung meningkat. Perubahan ini juga menyebabkan penumpukan sisa makanan dalam usus, sehingga terjadi konstipasi (Riyanti 2024).

f. Sistem Musculoskeletal

Salah satu masalah kesehatan yang dapat dihadapi ibu hamil adalah lordosis progresif, lordosis progresif adalah gambaran khas kehamilan normal. Lordosis sebagai kompensasi posisi anterior uterus yang membesar, menggeser pusat gravitasi kembali ke ekstermitas bawah.

g. Sistem Kardiovaskular

Pada masa kehamilan dan nifas, jantung dan sirkulasi mengalami adaptasi fisiologis yang besar seperti perubahan posisi, bentuk dan ukuran pada sistem kardiovaskuler menyebabkan perubahan pada tekanan darah, volume dan komposisi darah, cardiac output dan waktu siklus dan koagulas (Zakiyah, Palifianna, and Ratnaningsih 2020)

h. Sistem Integumen

Perubahan yang biasanya terjadi adalah perubahan warna kulit, misalnya pucat, hal ini menandakan anemis, jaundice menandakan gangguan pada hepar, lesi hiperpigmentasi seperti cloasma gravidarum serta linea nigra berkaitan dengan kehamilan dan striae.

3. Adaptasi Psikologis Pada Ibu Hamil Trimester III

Saat usia kehamilan 39-40 minggu, seorang ibu mungkin mulai takut akan rasa sakit dan bahaya yang akan timbul pada waktu melahirkan dan merasa khawatir akan keselamatannya. Rasa tidak nyaman timbul kembali pada trimester ketiga dan

banyak ibu yang merasa dirinya aneh, berantakan, canggung, jelek sehingga memerlukan perhatian lebih besar dari pasangannya. Disamping itu ibu mulai merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil, terdapat perasaan mudah terluka (sensitive).

Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu dengan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan hadir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan gejala dan tanda menuju terjadinya persalinan. Ibu sering merasa khawatir atau takut bayinya tidak dilahirkan secara normal. Trimester ketiga merupakan saat persiapan aktif untuk kelahiran bayi yang akan dilahirkan, bagaimana rupannya, serta saat perpisahan aktif untuk kelahiran bayi dan menjadi orang tua (Ziya and Putri Damayanti 2021).

B. Konsep Dasar Inkontinensia Urin Stres

1. Definisi Inkontinensia Urin Stres

Menurut Basuki P Purnomo inkontinensia urin stres atau *Stres Urinary Incontinence* (SUI) merupakan keluarnya urin dari uretra pasca terjadi peningkatan tekanan intra abdomen (Purnomo 2017). Menurut buku standar diagnosa keperawatan dipaparkan bahwa inkontinensia urin stres merupakan kebocoran urin mendadak dan tidak dapat dikendalikan karena aktivitas yang meningkatkan tekanan intra abdomen (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2016).

Dapat disimpulkan bahwa inkontinensia urin merupakan pengeluaran urin dari uretra secara mendadak atau kebocoran urin yang tidak dapat dikendalikan karena beberapa faktor penyebab seperti kelemahan instrinsik spinkter uretra, perubahan degenerasi/ non degenerasi otot pelvis, kekurangan estrogen,

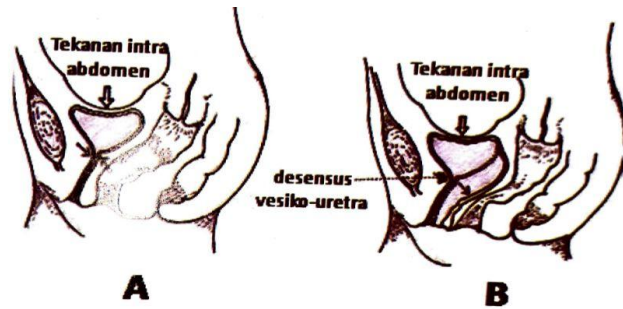
peningkatan tekanan intra abdomen, kelemahan otot pelvis. Peningkatan frekuensi buang air kecil pada ibu hamil trimester III dipengaruhi oleh faktor pemicu penurunan bagian terendah janin, perubahan hormon progesterone dan hormon estrogen, peningkatan volume darah, serta faktor psikologis dan gizi (Kotarumalos and Hermanses 2024).

2. Etiologi Inkontinensia Urin Stres

Inkontinensia urin stres terjadi karena factor sfingter (uretra) yang tidak mampu mempertahankan tekanan intrauretra pada saat tekanan intravesika meningkat (buli-buli) terisi. Peningkatan intra abdomen dapat dipicu oleh batuk, bersin, tertawa, berjalan, berdiri atau mengangkat benda berat. Kelemahan otot dasar panggul dapat juga menyebabkan terjadinya prolapses uteri, sistokel atau enterokel. Penyebab kelemahan ini adalah trauma persalinan, histerektomi, perubahan hormonal (menopause) atau kelainan neurologi. (Purnomo 2017)

Akibat defisiensi estrogen pada masa menopause, terjadinya atrofi jaringan genitourinaria. Selama kehamilan, hormon estrogen, progesteron, prolaktin, oksitosin, dan human placental lactogen (hPL) mengalami kenaikan. Hormon progesteron dan estrogen berperan besar dalam meningkatkan frekuensi buang air kecil pada ibu hamil. Progesteron membantu relaksasi otot-otot di kandung kemih dan ureter, sehingga lebih banyak cairan yang menumpuk dan dorongan buang air kecil meningkat. Peningkatan hormon estrogen dapat meningkatkan suplai darah ke ginjal, yang mengakibatkan produksi urin yang lebih banyak. Selain itu, perubahan hormon ini juga dapat meningkatkan sensitivitas kandung kemih, sehingga lebih mudah merasa ingin buang air kecil (Purnomo 2017). HPL (Human Placental Lactogen) adalah hormon yang diproduksi oleh plasenta dan berperan penting

dalam mengatur metabolisme glukosa selama kehamilan. HPL memicu peningkatan kadar glukosa darah ibu, sehingga lebih banyak glukosa yang dapat masuk ke dalam sirkulasi janin.



Gambar 1 Otot Dasar Panggul

Sumber: (Purnomo 2017)

Gambar A vesiko-uretra normal, sfingter uretra akan menahan tekanan dari intra abdomen dan intravesika. Gambar B akibat kelemahan otot dasar panggul terjadi desensus vesiko-uretra sehingga sfingter tidak dapat menahan peningkatan tekanan intra abdomen (Purnomo 2017).

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2016) ada beberapa penyebab dari inkontinensia urin stres yaitu; kelemahan intrinsik sfinkter uretra, perubahan degenerasi/non degenerasi otot pelvis, kekurangan estrogen, peningkatan tekanan intra abdomen dan kelemahan otot pelvis. Inkontinensia urin stres pada kehamilan terjadi akibat peningkatan tekanan intra abdomen pada otot dasar panggul akibat pertumbuhan rahim dan berat janin selama kehamilan, serta perubahan hormonal terkait kehamilan, dapat menurunkan fungsi pendukung otot dasar panggul dan kekuatan sfingter (Sangsawang and Sangsawang 2017).

3. Klasifikasi Inkontinensia Urin Stres

Menurut (Purnomo 2017) inkontinensia urin stres terbagi menjadi beberapa tipe antara lain;

a. Tipe 0

Pasien mengeluh inkontinensia urin stres tetapi pada saat pemeriksaan tidak ditemukan adanya kebocoran urin.

b. Tipe I

Jika terdapat penurunan < 2 cm dan kadang-kadang disertai dengan sistokel yang masing kecil.

c. Tipe II

Jika penurunan > 2 cm dan seringkali disertai dengan adanya sistokel, dalam hal ini sistokel mungkin berada dalam vagina (tipe II a) atau diluar vagina (tipe II b).

d. Tipe III

Leher buli-buli dan uretra tetap terbuka meskipun tanpa adanya kontraksi detrusor maupun maneuver valsava, sehingga urin selalu keluar karena factor gravitasi atau penambahan tekanan intravesika (gerakan) yang minimal. Tipe ini disebabkan defisiensi sfingter intrinsic atau *intrinsic sphinchter defrisiencel* (ISD) (Purnomo 2017).

Inkontinensia urin pada kehamilan biasanya terjadi akibat disfungsi otot dasar panggul. Untuk mencegahnya, dokter perlu mengendalikan faktor risiko yang bisa dimodifikasi, misalnya kelebihan berat badan, konstipasi, dan diabetes gestasional (Purnomo 2017).

4. Tanda dan Gejala Inkontinensia Urin Stres

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2016) ada beberapa sebagai berikut:

a) Gejala dan tanda mayor

1. Subjektif

Mengeluh keluar urin <50ml saat tekanan abdomen meningkat (mis.

Saat berdiri, bersin, tertawa, berlari atau mengangkat benda berat.

2. Objektif

(Tidak tersedia)

b) Gejala dan tanda minor

1. Subjektif

a. Pengeluaran urin tidak tuntas

b. Urgensi miksi

c. Frekuensi berkemih meningkat

2. Objektif

a. Overdistensi abdomen

Inkontinensia urin bukanlah suatu penyakit tersendiri. Inkontinensia urin merupakan gejala dari masalah kesehatan lain, biasanya otot dasar panggul yang lemah. Selain inkontinensia urin, beberapa wanita memiliki gejala lain pada saluran kemih:

a. Tekanan atau kejang di daerah panggul yang menyebabkan keinginan kuat untuk buang air kecil.

b. Pergi ke kamar mandi lebih sering dari biasanya (lebih dari delapan kali sehari atau lebih dari dua kali di malam hari).

c. Buang air kecil saat tidur (mengompol) (National Institute Of Health 2019).

5. Kondisi Klinis terkait Inkontinensia Urin Stres

Kondisi terkait inkontinensia urin stres menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018) antara lain:

a. Obesitas

- b. Kehamilan/melahirkan
- c. Infeksi saluran kemih
- d. Operasi abdomen
- e. Operasi prostat
- f. Penyakit Alzheimer
- g. Cedera Medula spinalis.

6. Patofisiologi Inkontinensia Urin Stres

Kelemahan otot dasar panggul sering kali diakibatkan oleh persalinan, peningkatan tekanan perut, operasi panggul, gangguan jaringan ikat, atau kondisi neurologis. Selain itu, patofisiologi inkontinensia urin stres dapat melibatkan distorsi dalam hubungan anatomi normal antara uretra dan kandung kemih. Distorsi ini, dapat terjadi karena peningkatan tekanan intra-abdomen, menyebabkan tekanan intravesikal melebihi tekanan uretra, yang mengakibatkan kebocoran urin (Lugo et al. 2024).

Pada trimester III terjadi peningkatan tekanan pada otot dasar panggul PFM (*Pelvic Floor Muscles*) akibat pertumbuhan rahim dan berat janin selama kehamilan, serta perubahan hormonal terkait kehamilan, dapat menurunkan fungsi pendukung PFM dan kekuatan sfingter hal ini yang dapat menyebabkan inkontinensia urin (Sangsawang and Sangsawang 2017).

Perubahan hormonal saat kehamilan yaitu peningkatan hormon progesteron dan estrogen berperan besar dalam meningkatkan frekuensi buang air kecil pada ibu hamil. Progesteron membantu relaksasi otot-otot di kandung kemih dan ureter, sehingga lebih banyak cairan yang menumpuk dan dorongan buang air kecil meningkat. Peningkatan hormon estrogen dapat meningkatkan

suplai darah ke ginjal, yang mengakibatkan produksi urin yang lebih banyak. Selain itu, perubahan hormon ini juga dapat meningkatkan sensitivitas kandung kemih, sehingga lebih mudah merasa ingin buang air kecil (Purnomo 2017).

7. Komplikasi Inkontinensia Urin pada Triester III

Inkontinensia urin dapat menyebabkan banyak komplikasi yang berdampak signifikan pada kesehatan dan kualitas hidup pasien. Komplikasi ini berkisar dari masalah fisik, seperti infeksi kulit dan infeksi saluran kemih, hingga dampak psikologis, termasuk kecemasan dan depresi. Selain itu, kondisi ini dapat menyebabkan isolasi sosial dan penurunan mobilitas. Memahami cakupan komplikasi secara menyeluruh sangat penting untuk perawatan pasien yang komprehensif.

Komplikasi yang berhubungan dengan inkontinensia urin meliputi hal berikut:

- a. Selulitis
- b. Penurunan aktivitas fisik dan libido
- c. Depresi
- d. Meningkatnya beban pengasuhan
- e. Meningkatnya risiko terjatuh dan patah tulang berikutnya
- f. Kegagalan mekanis (kebocoran)
- g. Efek samping obat (National Institute Of Health 2019).

8. Dampak Inkontinensia Urin Stres pada kehamilan Trimester III

Dampak dari inkontinensia urin jika tidak diatasi dengan serius dapat menimbulkan masalah medis berupa iritasi dan kerusakan kulit sekitar kemaluan akibat urin (Purnomo 2017).

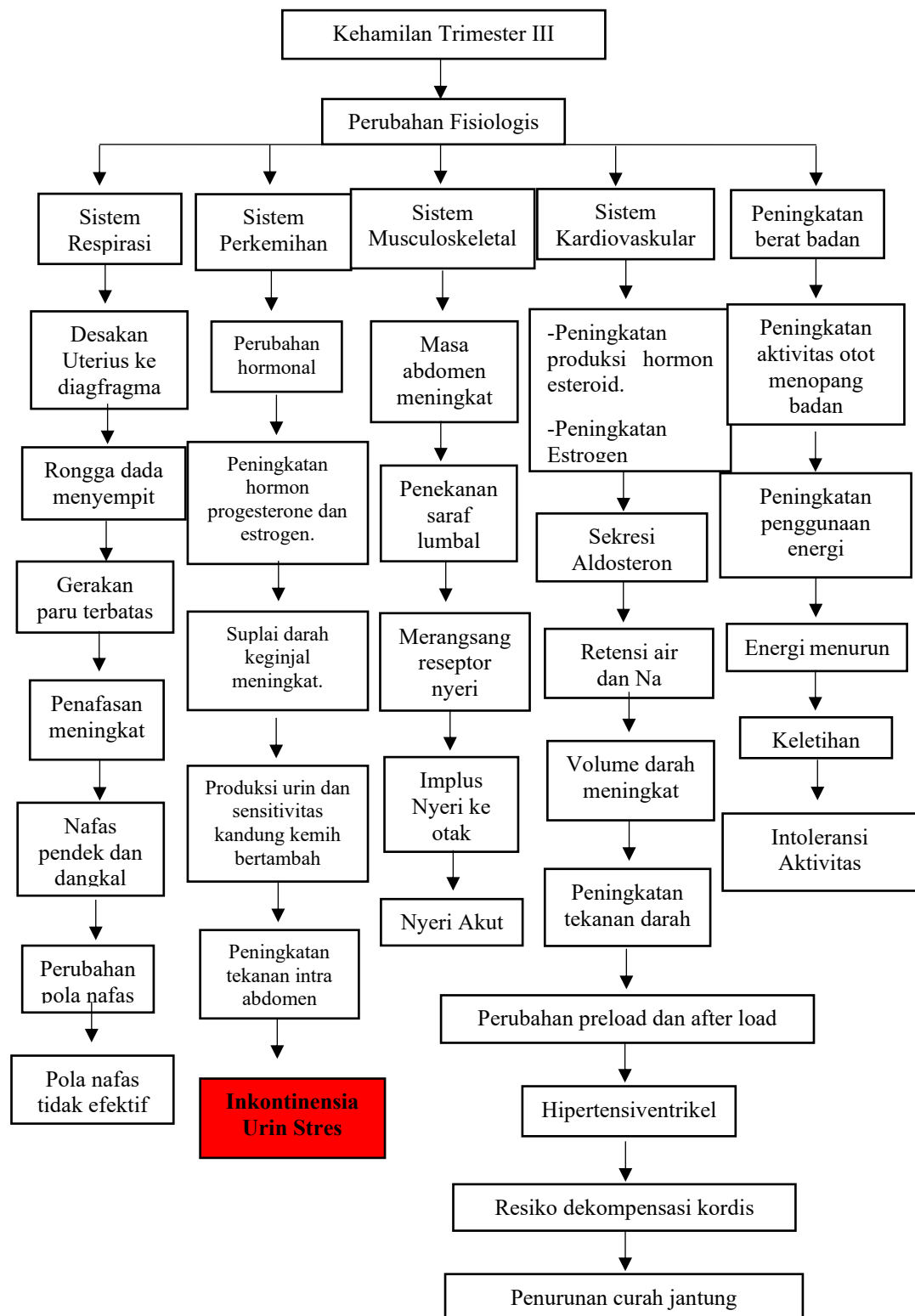
Selain itu inkontinensia urin dapat memengaruhi hubungan seksual (Parang and Mansori 2021). Wanita hamil dengan UI memiliki QoL (*Quality of Life*) yang secara statistik lebih rendah selama kehamilan dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki UI hal ini dapat berdampak besar bagi Janin yang dikandung oleh ibu (Sangsawang and Sangsawang 2017).

9. Penatalaksanaan Inkontinensia Urin Stres pada kehamilan Trimester III

Penatalaksanaan inkontinensia urin stres pada kehamilan trimester III dapat dilakukan dengan:

- a. Penatalaksanaan konservatif: terapi perilaku, termasuk mengendalikan asupan cairan, mendorong buang air kecil, latihan kandung kemih.
- b. Penanganan farmakologis: Agonis alfa-adrenergik, seperti fenilpropanolamin; duloxetine (tidak disetujui FDA; imipramine; krim estrogen vagina; dan agen farmasi kandung kemih terlalu aktif sebagaimana mestinya. Penanganan bedah: Suntikan zat pengisi trans- atau periuretra, prosedur sling, uretropeksi, alat penahan kontinensia yang dapat disesuaikan dengan balon ganda, dan sfingter buatan (National Institutes Of Health 2019).
- c. Latihan otot panggul merupakan tindakan mengajarkan kemampuan menguatkan otot-otot elevator ani dan urogenital melalui kontraksi berulang untuk menurunkan inkontinensia urin dan ejakulasi dini.

10. Problem Tree



Gambar 2 Problem Tree Perubahan Fisiologis Ibu Hamil Trimester III

Sumber: (Sutanto Vita and Fitriana 2018)

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Inkontinensia Urin Stres Pada Ibu Trimester III

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal pada proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga, dan kelompok. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif yang meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Polopadang and Hidayah 2019).

a. Data keperawatan

Dalam data keperawatan terdiri atas:

1) Identitas pasien dan penanggung jawab

Pada identitas pasien data yang di kaji meliputi: nama, umur, suku/bangsa, agama, Pendidikan, pekerjaan, alamat dan no telephone yang dapat dihubungi.

2) Anamnesa (Data subyektif)

Pada anamnesa data yang dikaji meliputi;

a) Alasan kunjungan (pertama, rutin, ada keluhan)

b) Keluhan ibu

c) Riwayat social meliputi; kehamilan ini (direncanakan atau tidak) perasaan tentang kehamilan ini, jenis kelamin yang diharapkan, status perkawinan, kawin I (umur pernikahan, lama menikah, jumlah anak pernahkah abortus) Kawin II, susunan keluarga, lingkungan rumah, perilaku kesehatan meliputi apakah merokok, mengkonsumsi alcohol dan narkoba atau tidak.

d) Riwayat obstetri

(1) Mengakaji HPHT, HPHT dikaji agar perawat mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir dalam memperkirakan kelahiran bayi dan umur kehamilan, umur haid pertama (teratur atau tidak teratur), siklus menstruasi, volume, lama dan keluhan saat menstruasi seperti kram perut atau *Dismenorrhoe*.

(2) Riwayat kehamilan

Data yang dikaji meliputi TP (Tapsiran Kehamilan), keluhan-keluhan pada Trimester I, II dan III, Pergerakan janin pertama kali dirasakan pada umur kehamilan berapa minggu, bila pergerakan sudah terasa jumlah pergerakan anak dalam 24 jam berapa kali ($y < 10x$, $10-20x$, $y > 20x$). Bila lenih dari 20x dalam 24 jam, dengan frekuensi $y < 15x$ atau $y > 15x$ dengan keluhan apa saja.

(3) Riwayat kehamilan, persalinan nifas yang lalu.

Data dikaji meliputi; kehamilan seberapa, gangguan kehamilan yang dialami ibu saat kehamilan, tanggal lahir bayi, jenis kelamin dan berat badan bayi, masalah yang dihadapi saat persalinan, masalah yang dialami saat masa nifas, masalah bayi dan keadaan bayi.

e) Riwayat keluarga berencana

Data yang dikaji meliputi; jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, apakah ada masalah, jenis kontrasepsi yang direncanakan setelah kehamilan sekarang, jumlah anak yang di rencanakan.

a. Riwayat kesehatan

Data yang dikaji meliputi riwayat penyakit yang pernah atau sedang diderita ibu atau keluarga seperti tekanan darah tinggi dan diabetes mellitus

b. Kebutuhan dasar khusus

a. Bernafas

Mengkaji frekuensi pernafasan ibu sebelum dan sesudah hamil, apakah ibu mengalami sesak nafas atau kesulitan bernafas saat hamil.

b. Nutrisi (makan dan minum)

Mengkaji asupan nutrisi makanan ibu sebelum dan sesudah hamil, mengkaji pola makan dan minum ibu sebelum dan sesudah hamil

c. Eliminasi (BAB&BAK)

Mengkaji BAB pasien sebelum dan sesudah hamil, apakah lancar atau tidak, warna dan konsistensi feses. Mengkaji BAK pasien sebelum dan sesudah hamil, frekuensi BAK, warna dan bau urin.

d. Gerak badan

Mengkaji pasien apakah sering melakukan gerak badan dan mengikuti kelas ibu hamil.

e. Istirahat dan Tidur

Mengkaji lamanya pasien tidur dan apakah ada gangguan saat tidur sebelum dan sesudah hamil, dan pengantar tidur pasien.

f. Berpakaian

Mengkaji pasien apakah menggunakan pakaian yang sopan dan nyaman, apakah pasien sering mengganti pakaian dalam pasien.

g. Rasa nyaman/aman

Mengkaji pasien apakah pasien mengalami nyeri atau tidak selama kehamilan. Mendapatkan rasa aman dari keluarga

h. Kebersihan diri

Mengkaji pasien berapa kali pasien mandi dalam satu hari dan berapa kali melakukan *vulva hygiene* dalam sehari.

i. Pola komunikasi/hubungan dengan orang lain

Mengkaji pasien apakah selama kehamilan ini mendapat dukungan dan tetap berinteraksi dengan baik pada keluarga, suami maupun kerabat dekat.

j. Ibadah

Mengkaji bagaimana pasien meyakini kehamilannya ini dalam kepercayaannya

k. Produktivitas/bekerja

Mengkaji pasien apakah selama hamil pasien tetap melakukan pekerjaannya sebagai ibu rumah tangga atau pekerja lainnya.

l. Rekreasi

Mengkaji pasien apakah pasien selama hamil sering melakukan rekreasi.

m. Kebutuhan belajar

Mengkaji pasien apakah pasien mengerti dan memahami mengenai kehamilan yang sedang pasien alami.

3) Pemeriksaan Fisik (Data obyektif)

a) Status emosional

Status emosional dikaji untuk mengetahui bagaimana kondisi mental dan emosional ibu saat kehamilan.

b) Tanda vital

Melakukan pemeriksaan TTV seperti; tekanan darah, denyut nadi, pernafasan, suhu, BB sebelum hamil, BB sekarang, TB, lila (Lingkar Lengan Atas).

c) Pemeriksaan muka, dada, pinggang, ekstremitas, abdomen, pemeriksaan obstetrik, genetalia dan pelvimetri klinis.

4) Pemeriksaan Laboratorium (jika dilakukan)

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan pengkajian klinis terhadap respon klien terhadap masalah kesehatan aktual dan potensial serta proses kehidupan yang dialami klien. Diagnosa keperawatan memiliki tujuan untuk mengetahui respon klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan. Proses penegakan diagnosis (*diagnostic process*) adalah suatu proses yang sistematis yang terdiri atas tiga tahap, yaitu analisis data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2016).

Analisis data dilakukan dengan tahapan pertama yaitu data yang telah didapatkan dari pengkajian dibandingkan dengan nilai normal, kemudian identifikasi masalah pada tahap ini perawat dan pasien bersama-sama mengidentifikasi masalah aktual, risiko dan/atau promosi kesehatan. Masalah yang didapat dirumuskan sesuai dengan jenis diagnosis keperawatan.

Adapun diagnosis keperawatan yang dirumuskan pada pasien inkontinensia urin stress adalah inkontinensia urin stress berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdomen ditandai dengan mengeluh keluar urin <50 ml saat tekanan intra abdomen meningkat. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2016)

3. Perencanaan Keperawatan

Pada saat perencanaan tersusun atas intervensi dan tujuan. Intervensi keperawatan merupakan segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Tujuan dirumuskan dengan tiga komponen yaitu label dan ekspektasi dan kriteria hasil. Penerapan luaran keperawatan dengan menggunakan ketiga komponen diatas dilakukan dengan dua metode, yaitu: metode dokumentasi manual/tertulis (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018).

Formula penulisan tujuan dengan metode dokumentasi manual sebagai berikut

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama..... maka kontinensia urin membaik dengan kriteria hasil:

1. Nokturia menurun
2. Verbalisasi pengeluaran urin tidak tuntas menurun
3. Frekuensi berkemih membaik
4. Sensasi berkemih membaik

Intervensi keperawatan diharapkan dapat mengatasi etiologi atau tanda/gejala diagnosis keperawatan. Jika etiologi tidak dapat secara langsung diatasi, maka intervensi keperawatan diarahkan untuk menangani tanda/gejala keperawatan. Untuk diagnosis risiko, intervensi keperawatan diarahkan untuk mengeliminasi factor risiko. Intervensi utama yang diambil dalam kasus inkontinensia urin yaitu latihan otot panggul dan perawatan inkontinensia urin (terlampir).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan mengacu pada penerapan langkah-langkah untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan implementasi juga

mencakup pengumpulan data yang berkelanjutan, pemantauan tanggapan pelanggan selama dan setelah penerapan tindakan, dan evaluasi data baru (Hadinata and Abdillah 2021). Tindakan keperawatan adalah perilaku yang dikerjakan oleh perawat untuk melaksanakan intervensi keperawatan. Implementasi yang dapat dilakukan pada ibu hamil trimester III dengan inkontinensia urin khususnya dengan inkontinensia urin stres adalah latihan otot panggul, perawatan inkontinensia urin (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan didefinisikan sebagai proses menilai kemajuan yang telah dicapai oleh klien. Dasar penilaiannya adalah kriteria hasil dan respon yang ditunjukkan oleh klien (Prastiwi et al. 2020). Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan dan perbaikan. Dalam evaluasi, perawat menilai reaksi klien terhadap intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima evaluasi berfokus pada individu klien dan kelompok dari klien itu sendiri. Kemampuan dalam pengetahuan standar asuhan keperawatan, respon klien yang normal terhadap tindakan keperawatan (Hadinata and Abdillah 2021).

Komponen dalam evaluasi keperawatan terdiri dari *subjective*, *objective*, *assessment*, *planning* (SOAP). Berikut penjelasan dari masing-masing komponen:

a. Subjective

Subyektif memuat data-data yang disampaikan oleh pasien atau dilaporkan terkait dengan hasil yang diharapkan dari permasalahan klien. Misalnya: pasien mengatakan sering kencing.

b. Objektif

Objektif memuat data-data yang dapat diobservasi dari kondisi klinis klien. Misalnya: Tekanan darah 120/80 mmHg, usia kehamilan 29 minggu, DJJ, frekuensi napas 20 kali/menit.

c. Assessment

Assessment merupakan keputusan akan kondisi klinis klien atau respon klien. Pada bagian assessment disimpulkan apakah kriteria hasil yang ditetapkan telah tercapai atau tujuan perawatan telah tercapai, atau belum tercapai.

d. Planning

Planning adalah berkaitan dengan rencana selanjutnya sesuai dengan hasil assessment di atas. Pada bagian ini ditentukan apakah perlu dilakukan modifikasi pada perencanaan asuhan jika kriteria hasil belum terpenuhi, atau apakah perlu dilanjutkan intervensi keperawatan yang telah dilakukan jika kondisi pasien sudah mengarah ke perbaikan. Namun, jika hasil assessment menunjukkan bahwa kriteria hasil telah terpenuhi maka intervensi dapat tidak dilanjutkan (Prastiwi et al. 2020). Evaluasi keperawatan pada inkontinensia urin stres sesuai dengan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2018) yaitu:

S: Subjektif

- a) Nokturia menurun (5)

- b) Verbalisasi pengeluaran urin tidak tuntas menurun (5)
- c) Frekuensi berkemih membaik (5)

O: Objektif

- a) Pasien tampak nyaman dengan keadaannya.

A: Assessment

- a) Tujuan tercapai apabila respon klien sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil
- b) Tujuan belum tercapai apabila respon klien belum sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan.

P: Planning

- a) Pertahankan kondisi klien apabila tujuan tercapai
- b) Lanjutkan intervensi apabila terdapat tujuan yang belum tercapai