KARYA TULIS ILMIAH

LAPORAN STUDI KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN An.S DENGAN INFEKSI SALURAN KEMIH DI RUANGAN ANAK RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2018

OLEH :

CEMPAKA

NIM : 1514401003

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

TAHUN 2018

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN An.S DENGAN INFEKSI SALURAN KEMIH DI RUANGAN ANAK RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2018

LAPORAN STUDI KASUS

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang

OLEH :

CEMPAKA

NIM : 1514401003

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

TAHUN 2018

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
Karya Tulis Ilmiah, Laporan Studi Kasus juli 2018

CEMPAKA
1514401003

Asuhan Keperawatan Pada An.S Dengan Infeksi Saluran Kemih Diruang Rawat Inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.
Vii+ V BAB + 95 Halaman + 7 Tabel + 1 Gambar + 5 Lampiran

ABSTRAK

Infeksi saluran kemih merupakan infeksi terbesar kedua setelah infeksi saluran pernafasan dan dapat menyebabkan sepsis (WHO, 2013). penderita Infeksi Saluran Kemih di Indonesia berjumlah 90 –100 kasus per 100.000 penduduk pertahun atau sekitar 180.000 kasus baru pertahun (Depkes RI, 2014). Infeksi Saluran Kemih dapat menyerang segala usia dari bayi hingga lansia baik perempuan maupun laki –laki (Purnomo, 2009). Tujuan dari penulisan laporan ini Infeksi saluran kemih adalah mampu melakukan Asuhan Keperawatan dengan pasien serta mendapatkan pengalaman nyata diruang rawat inap anak di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018. Hasil laporan kasus ditemukan pada An. S yaitu Klien mengatakan susah buang air kecil, dan klien mengatakan sakit saat Buang Air Kecil, ibu klien mengatakan klien juga susah Buang Air Besar, klien juga mengatakan perut terasa nyeri, ibu klien mengatakan klien susah makan, klien juga mengeluh kerongkongan terasa sakit saat menelan, klien juga mengatakan badannya terasa lemah dan letih, ibu klien mengatakan selama sakit klien tidak ada dimandikan, ibu klien mengatakan klien susah tidur. Dari data beberapa data diatas maka di dapatkan masalah keperawatan di antaranya nyeri akut, resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, defesit perawatan diri, resiko kekurangan volume cairan Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusun rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi yang mengacu pada kreteria hasil. Dari masalah diatas hasil akhir dari proses keperawatan adalah seluruh masalah teratasi dan klien di perbolehkan pulang. Untuk mencegah meningkatnya angka kejadian *infeksi saluran kemih* sebagai tenaga kesehatan dapat melakukan beberapa upaya pencegahan dengan beberapa cara diantaranya yaitu memberikan promkes tentang apa saja yang bias menyebabkab terjadinya infeksi saluran kemih.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Infeksi Saluran Kemih, Nyeri Akut, Resiko Nutrisi, Defisit Perawatan Diri.

HIGH SCHOOL HEALTH SCIENCE PADANG
NURSING PROGRAM DIII NURSING
Scientific Writing, Case Study Report July 2018

CEMPAKA
1514401003

Nursing Care In An.S With Urinary Tract Infection Inpatient Room of RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Year 2018.
Vii + V CHAPTER + 95 Pages + 7 Tables + 1 Fig + 5 Attachman

ABSTRACT

Urinary tract infection is the second largest infection after respiratory tract infection and may cause sepsis (WHO, 2013). Urinary tract infections in Indonesia amount to 90 -100 cases per 100,000 population per year or about 180,000 new cases per year (MOH, 2014). Urinary Tract Infection can affect all ages from infants to elderly both men and women (Purnomo, 2009). The purpose of this report writing Urinary tract infections are able to perform Nursing Care with patients and get real experience in the inpatient room in Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Year 2018. A case report was found in An. S Clients say difficult urination, and clients say sick while urinating, the client's mother said the client is also difficult bowel movements, the client also said the stomach feels pain, the client's mother said the client is difficult to eat, the client also complained of painful throat when swallowing , the client also said his body feels weak and tired, the client's mother said during the client's illness was not bathed, the client's mother said the client is difficult to sleep. From the data above some data then get the problem of nursing include acute pain, nutritional risk is less than body needs, self treatment deficit, risk of fluid volume deficiency Based on the above nursing problem then prepared the plan and implement the actions of nursing and evaluation that refers to the results kreteria. From the above problems the end result of the nursing process is that the whole problem is resolved and the client is allowed to go home. To prevent the increase in the incidence of urinary tract infections as health workers can make some preventive efforts in several ways such as giving promkes about what is bias causing the occurrence of urinary tract infections.

Keywords: Nursing Care, Urinary Tract Infection, acute pain, nutritional risk is less, self treatment deficit.

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : CEMPAKA

NIM : 1514401003

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada An.S Dengan Infeksi Saluran Kemih Di Ruang Rawat Inap Anak Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukitnggi, 16 Juli 2018

Pembimbing,

Ns. Endra Amalia, M.Kep
NIK 1420123106993012

Mengetahui,
Ka.Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang

Ns. Endra Amalia, M.Kep
NIK 1420123106993012

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : CEMPAKA

NIM : 1514401003

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada An.S Dengan Infeksi Saluran Kemih Di Ruang Rawat Inap Anak Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Dan di terima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukitnggi, 16 Juli 2018

Dewan penguji

Penguji I,

Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed
NIK :1420106116893011

Penguji II,

Ns. Endra Amalia, M.Kep
NIK 1420123106993012

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَٰنِ الرَّحِيمِ

Assalammualaikum Warahmatullahi Wb.

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas rahmad dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga laporan studi kasus dengan judul "**Asuhan Keperawatan Pada An.S Dengan Infeksi Saluran Kemih Diruangan Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018"** tanpa nikmat yang diberikan oleh-Nya sekiranya penulis tidak akan mampu untuk menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini.

Shalawat serta salam selalu tercurahkan kepada-Nya junjungan Nabi Muhammad. Saw, semoga atas izin Allah SWT penulis dan teman-teman seperjuangan semua mendapatkan syafaatnya nanti. Amin Ya Rabbal Alamin.

Penulisan Laporan Studi Kasus ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Amd. Kep Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang. Penulis banyak mendapat arahan, bimbingan dan nasehat dari berbagai pihak dalam menyusun, membuat dan menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih terutama kepada Yth, Ibu Ns. Endra Amalia, M. Kep, selaku pembimbing I dan Ibu Ns. Susi Dewi Yanti, S.Kep selaku pembimbing klinik Ruang Rawat inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Sumatera Barat yang telah banyak meluangkan waktunya dengan penuh perhatian. Petunjuk dan bimbingan sehingga Karya Tulis Ilmiah dapat terselesaikan.

Seterusnya ucapan terima kasih saya kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Bukittinggi Sumatera Barat.
2. Ibu Ns. Endra Amalia, M.Kep selaku penanggung jawab Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.
3. Kepada Direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang telah memberi izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan.
4. Ibu Ns. Vera Sesrianty, M. Kep selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan banyak ilmu pengetahuan dan bimbingan selama mengikuti pendidikan.
5. Ibu selaku Ns. Endra Amalia, M.Kep pembimbing yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.
6. Ibu Ns. Susi Dewi Yanti, S.Kep selaku pembing klinik yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.
7. Khususnya kepada kedua orang tuaku tercinta serta seluruh keluarga atas jerih payah, curahan kasih sayang, bantuan moral maupun material serta Do’a yang tulus dan ikhlas bagi kesuksesan penulis.
8. Teman-teman mahasiswa-mahasiswi STIKes Perintis Prodi D III Keperawatan yang telah memberi masukan dan dukungan kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa Laporan Studi Kasus ini jauh dari kesempurnaan, hal ini bukanlah suatu kesenjangan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan penulis. Untuk itu penulis berharap tanggapan dan kritikan serta saran yang

bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Laporan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis mengharapkan agar Laporan Studi Kasus ini bermanfaat bagi kita semua, semoga Allah SWT memberikan rahmad dan hidayah kepada kita semua. Amin.

Wassalammualaikum Warahmatullahi Wb.

Bukittinggi, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

KATA PENGANTAR ..... **i**

DAFTAR ISI ..... **iv**

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum……. 4

1.2.2 Tujuan Khusus……..... 4

1.3 Manfaat..... 5

BAB II TINJAUAN TEORITIS

2.1 Tinjauan Teoritis

2.1.1 Defenisi……..... 6

2.1.2 Klasifikasi……... 7

2.1.3 Etiologi……..... 7

2.1.4 Anatomi fisiologi……..... 8

2.1.5 Patofisiologi……..... 10

2.1.6 Woc…….. 14

2.1.7 Manifestasi klinis……. 15

2.1.8 Pemeriksaan penunjang……... 15

2.1.9 Penatalaksanaan

a. Keperawatan…….. 16

b. Medis……..... 16

2.1.10 Komplikasi…… 17

2.1.11 Konsep Tumbuh Kembang Anak……. 18

2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis

2.2.1 Pengkajian……..... 27

2.2.2 Diagnosa Keperawatan……..... 33

2.2.3 Intervensi……. 35

2.2.4 Implementasi……..... 41
2.2.5 Evaluasi……..... 41

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian 43
3.2 Diagnosa Keperawatan..... 56
3.3 Intervensi 57
3.4 Implementasi 61
3.5 Evaluasi 61

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian 75
4.2 Diagnosa Keperawatan..... 79
4.3 Intervensi 83
4.4 Implementasi 85
4.5 Evaluasi 89

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan..... 93
5.2 Saran 94

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1.4 Anatomi Saluran Kemih 9

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 2.2.3 Intervensi Secara Teoritis 35

Tabel 3.1 Data Biologis 46

Tabel 3.2 Hasil Labor 51

Tabel 3.3 Pengobatan 51

Tabel 3.4 Analisa Data 53

Tabel 3.5 Intervensi 57

Tabel 3.6 Implementasi 61

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LatarBelakang

Infeksi saluran kemih (ISK) merupakan infeksi terbesar kedua setelah infeksi saluran pernafasan dan dapat menyebabkan sepsis (WHO, 2013). Prevalensi infeksi saluran kemih Indonesia masih cukup tinggi. Berdasarkan data Departemen Kesehatan Republik Indonesia, penderita Infeksi Saluran Kemih di Indonesia berjumlah 90 –100 kasus per 100.000 penduduk pertahun atau sekitar 180.000 kasus baru pertahun (Depkes RI, 2014). Infeksi Saluran Kemih dapat menyerang segala usia dari bayi hingga lansia baik perempuan maupun laki –laki (Purnomo, 2009). Penyebab infeksi saluran kemih adalah adanya invasi dan perkembangbiakan mikroorganisme ke dalam saluran kemih dalam jumlah yang bermakna (≥ 105per mL urin) (Marlina dan Samad,R.A 2012).

Bakteri gram negatif sebagian besar menjadi penyebab infeksi saluran kemih diantaranya Escherichia coli, Enterobakter,Citrobakter, Klebsiella, dan Proteus(Aulia, D dan Lydia, A. 2014). Bakteri dalam urin disebut dengan bakteriuria dapat dideteksi secara akurat dengan kultur urin, namun pengerjaannya membutuhkan waktu yang cukup lama sehingga dibutuhkan parameter lain berupa nitrit urin (Lisa dan Suryanto, 2012). Bakteri gram negatif mereduksi nitrat menjadi nitrit dengan bantuan enzim reduktase setelah bakteri mengkontaminasi urin minimal selama 4 jam (Aulia, D dan Lydia, A. 2014).

Bakteri mempunyai faktor virulensi spesifik untuk menginfeksi uroepitel disebut dengan bakteri uropatogen dan selanjutnya akan menembus jaringan pada saluran

kemih menyebabkan kerusakan jaringan dan infeksi sehingga respon pertahanan tubuh teraktivasi. Peran sistem imun dalam melawan infeksi mikroorganisme diantaranya melalui aktivasi dan mobilisasi sel polimorfonuklear dan makrofag ke tempat infeksi. Hal tersebut menyebabkan adanya peningkatanjumlah leukosit yang merupakan barier pertahanan tubuh ke sumber infeksi (Radji, M, 2015). Peningkatan jumlah leukosit yang melebihi nilai normal dapat ditemukan di dalam urin dan disebut dengan leukosituria. Leukosituria digunakan sebagai salah satu penanda adanya infeksi atau peradangan pada saluran kemih yang meliputi ginjal, ureter, kandung kemih, dan uretra (Roring,A.Gdkk, 2016).Leukosituria dapat di deteksi salah satunya melalui pemeriksaan mikroskopik. Jumlah leukosit urin dianggap bermakna apabila ditemukan> 5 leukosit per lapang pandang besar (LPB) (Haris,S dkk,2012).

Parameter pemeriksaan urinalisa nitrit urin dan jumlah leukosit urin digunakan pada pemeriksaan laboratorium sebagai pemeriksaan skrining maupun dalam menegakkan diagnosis infeksi saluran kemih secara cepat sehingga dapat dilakukan tindakan yang cepat dan tepat terhadap penderita infeksi saluran kemih(Ardhiyand,S dan Habib,I. 2012). Menurut Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (PPIRS) RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2014, prevalensi HAIs di RSUP Dr. M. Djamil Padang cukup tinggi, didapatkan angka HAIs untuk infeksi daerah operasi 16,94%, VAP (Ventilator Associated Pneumonia) 19,42%, infeksi saluran kemih 3,35 % dan phlebitis2,22%. Pada tahun 2015, terjadi penurunan prevalensi HAIs di RSUP Dr. M. Djamil Padang, didapatkan angka HAIs untuk infeksi daerah operasi 3,43%, VAP (Ventilator Associated Pneumonia) 2,9%, infeksi saluran kemih 1,8 % dan phlebitis 6,82 %.

Berdasarakan data yang diambil dari rekap medik di ruang Anak RSUD.DR.Achmad Mochtar Bukittinggi angka kejadian Infeksi Saluran Kemih pada 3 bulan terakhir yaitu bulan Maret sampai Mei tahun 2018 terdapat sebanyak 3 orang dari total jumlah 48 pasien dengan persen 1.4% menderita penyakit infeksi saluran kemih . Dampak dari infeksi saluran kemih akan mempengaruhi tumbuh kembang pada anak.Upaya untuk mengurangi infeksi saluran kemih dalam penanganan masalah tergantung pada kerja sama yang baik anatara perawat, pasien, dan keluarga. Maka perawatan pada penderita yang dapat di berikan secara komprehensif yaitu membatasi aktifitas selain itu tindakan yang lain dapat dilakukan yaitu pengaturun pola makan,mempertahankan cairan tubuh,dengan menerapkan pola kehidupan yang sehat, teratur dan seimbang mulai dari asuhan pola makan, gaya hidup, kebiasaan keseharaian yang dilakukan, olahraga dsb sebagai penunjang pemeliharaan kesehatan.Dari latar belakang tersebut diatas, mendorong penulis untuk memelih kasus keperawatan dengan judul :Asuhan Keperawatan Pada klienDengan Infeksi Saluran Kemih Di Ruangan Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini, maka penulis akan melakukan pengkajian lebih lanjut dengan melakukan Asuhan keperawatan pada klien dengan Infeksi Saluran Kemih dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut,Asuhan keperawatan pada kliendengan Infeksi Saluran Kemih.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan umum

Mahasiswa mampu melaksanakan asuahan keperawatan pada klien dengan Infeksi Saluran Kemih di rumah sakit Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi 2018.

1.3.2 Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus dari study kasus ini adalah, penulis mampu:

a. Mampu melaksanakan pengkajian pada asuhan keperawatan pada anak dengan Infeksi Saluran Kemih.
b. Mampu merumuskan diagnosis pada asuhan keperawatan pada anak dengan Infeksi Saluran Kemih.
c. Mampu menyusun perencanaan pada asuhan keperawatan pada anak denganInfeksi Saluran Kemih.
d. Mampu melaksanakan tindakan pada asuhan keperawatan pada anak dengan Infeksi Saluran Kemih.
e. Mampu melaksanakan evaluasi pada asuhan keperawatan pada klien denganInfeksi Saluran Kemih.
f. Mampu melaksanakan dokumentasi pada asuhan keperawatan pada anak Infeksi Saluran Kemih.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi penulis

Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada Anak dengan Infeksi Saluran Kemih, sehingga dapat di jadikan bahan pertimbangan dalam pemberian pendidikan kesehatan.

1.4.2 Bagi Responden

Meningkatkan pengetahuan Anak dan keluarga tentang penyakit dan cara perawatan klienInfeksi Saluran Kemih.

1.4.3 Bagi Intansi Pelayanan Kesehatan

Sebagai bahan masukan dalam upaya mengembangkan ilmu keperawatan dan sebagai suatu pendekattan pelayanan pada setiap tindakan yang akan di laksanakan pada Anak Infeksi Saluran Kemih.

1.4.4 Bagi Pengembangan Ilmu

Dapat digunakan sebagai bahan acuan, gambaran atau masukan untuk penelitian selanjutnya, sehingga kekurangan dari peneliti sebelumnya tentang asuhan keperawatan pada klien dengan Infeksi Saluran Kemih dapat di perbaiki.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Definisi

Infeksi Saluran Kemih adalah infeksi akibat berkembang biaknya mikroorganisme dedalam saluran kemih, yang dalam keadaan normal air kemih tidak mengandung bakteri, virus, mikroorganisme lain. (Nanda Nic-Noc, 2012). Infeksi Saluran Kemih adalah keadaan adanya infeksi yang ditandai dengan pertumbuhan dan perkembang biakan bakteri dalam saluran kemih, meliputi infeksi parenkim ginjal sampai kandung kemih dengan jumlah bakteriuria yang bermakna (Widagdo, 2012). Infeksi Saluran Kemih adalah infeksi akibat berkembang biaknya mikroorganisme di dalam saluran kemih, yang dalam keadaan normal air kemih tidak mengandung bakteri, virus atau mikroorganisme lain. (Sudoyo Aru,dkk 2009).

Kesimpulan dari defenisi tentang penyakit infeksi saluran kemih di atas yaitu dapat disimpulkan infeksi saluran kemih adalah penyakit yang bertumbuhnya kuman di saluran kemih yang dapat menyerang lebih banyak pada anak perempuan dibandingkan laki-laki dan juga tidak memandang umur karena bisa menyerang semua umur baik anak-anak usia remaja, dewasa dan lansia. Kebiasaan menahan buang air kecil, kurang minum air putih dan (air kencing susah keluar dan sedikit).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Purnomo (2012), Iinfeksi Saluran Kemih diklasifikasikan menjadi dua macam yaitu: Infeksi Saluran Kemih uncomplicated (sederhana) dan Infeksi Saluran Kemih (rumit). Istilah ISK uncomplicated (sederhana) adalah infeksi saluran kemih pada pasien disertai kelainan anatomi maupun kelainan struktur saluran kemih. ISK complicated (rumit) adalah infeksi saluran kemih yang terjadi pada pasien yang menderita kelainan anatomik atau struktur saluran kemih, atau adanya penyakit sistemik kelainan ini akan menyulitkan pemberantasan kuman oleh antibiotika disertai kelainan anatomi maupun kelainan struktur saluran kemih. ISK complicated (rumit) adalah infeksi saluran kemih yang terjadi pada pasien yang menderita kelainan anatomik atau struktur saluran kemih, atau adanya penyakit sistemik kelainan ini akan menyulitkan pemberantasan kuman oleh antibiotika.

2.1.3 Etiologi

Menurut sumber Aru S, dkk (2009) mengatakan etiologi dari infeksi saluran kemih penyebab terseringnya adalah E.coli . Penyebab lain ialah klebsiela, enterobakteri, pseudomonas, streptokok, dan stafilokok.

a. Jenis-jenis mikroorganisme yang menyebabkan ISK, antara lain :
    1. Escherichia Coli : 90% penyebab ISK uncomplicated(simple)
    2. Psedomonas, proteus, Klebsiella : penyebab ISK complicated
    3. Enterobacter, staphylococcus epidemidis, enterococci, dan lain-lain
b. Prevalensi penyebab ISK pada usia lanjut, antara lain :

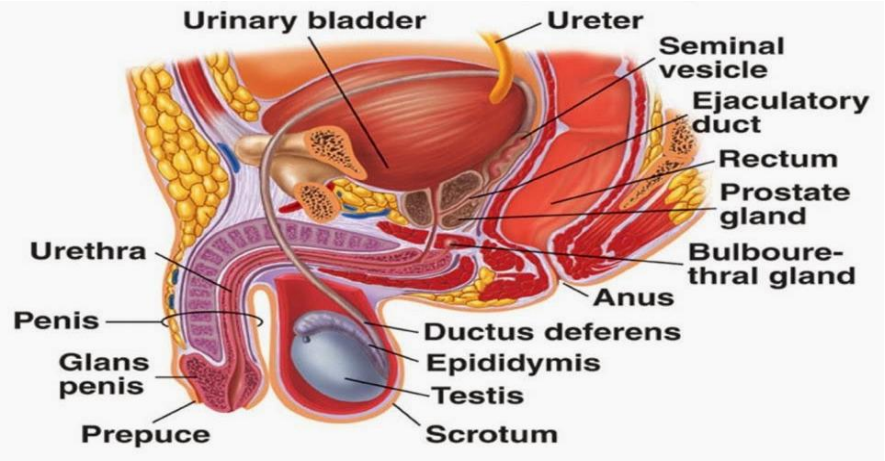
1. Sisa urin dalam kandung kemih yang meningkat akibat pengosongan kandung kemih yang kurang efektif.
2. Mobilitas menurun
3. Nutrisi yang sering kurang baik
4. Sistem imunitas menurun, baik seluler maupun humoral
5. Adanya hambatan pada aliran darah
6. Hilangnya efek bakterisid dari sekresi prostat.

Berbagai jenis orgnisme dapat menyebabkan Infeksi Saluran Kemih, Escherichia coli (80% kasus) dan organisme enterik garam-negatif lainny merupakan organisme yang paling sering menyebabkan ISK kuman-kuman ini biasanya ditemukan di daerah anus dan perineum. Organisme lain yang menyebabkan ISK antara lain Proteus, Pseudomonas, Klebsiella, Staphylococcus aureus, Haemophilus, dan Staphylococcus koagulse-negatif. Beberapa faktor menyebabkan munculnya Infeksi Saluran Kemih di masa kanak-kanak (Wong, 2008).

2.1.4 Anatomi Fisiologi

Menurut Wong, (2008) Struktur saluran kemih bagian bawah diyakini turut meningkatkan insidensi bakteriuria pada wanita. Uretra yang pendek dengan panjang sekitar 2 cm (¾ inci) pada anak perempuan dan 4 cm (1 ½ inci) pada wanita dewasa memberikan kemudahan jalan masuk invasi organisme. Di samping itu, penutupan uretra pada akhir mikturisi dapat mengembalikan bakteri pengontaminasi ke dalam kandung kemih. Uretra laki-laki yang panjang (sampai sepanjang 20 cm (8 inci) pada pria (dewasa)

dan sifat antibakteri yang di miliki oleh secret prostat akan menghambat masuk serta tumbuhnya kuman-kuman pathogen.



Gambar 2.1 Anatomi Saluran Kemih (Sumber: Kasper, 2008)

Menurut Wong (2008), adapun gambaran klinis dari penyakit infeksi saluran kemih (ISK) yaitu :

1. Periode neonates (Lahir hingga usia 1 bulan)

   kemampuan menyusu buru, muntah-muntah (vomitus) , berat badan tidak bertambah, Respirasi cepat (asidosis), gawat nafas (distres pernafasan) , pneumomediastinum atau pneumotoraks spontan, sering berkemih, pancaran urine buruk, ikterus, kejang,dehidrasi, anomali atau stigmata lainnya, pembesaran ginjal atau kandung kemih.

2. Periode bayi (1 bulan hingga 24 bulan)

   Kemampuan menyusu buruk, muntah-muntah (vomitus), berat badan tidak bertambah, rasa haus berlebihan, sering berkemih, mengejan atau menjerit saat berkemih, urine berbau busuk, pucat,

demam, ruam popok persisten, serangan kejang (dengan atau tanpa demam) , dehidrasi, pembesaran ginjal atau kandung kemih.

3. Periode Kanak-kanak (2 tahun hingga 14 tahun)

Selera makan buruk, muntah-muntah (vomitus), gagal tumbuh, rasa haus berlebihan, Enuresis, inkontinensia, sering berkemih, nyeri saat berkemih, pembengkakan wajah, kejang, pucat, keletihan, adanya darah dalam urine, nyeri abdomen atau punggung, edema, hipertensi, tetanus.

2.1.5 Patofisiologis Dan Woc

Sumber Menurut Purnomo, (2011). Sejauh ini diketahui bahwa saluran kemih atau urine bebas dari mikroorganisme atau steril. Infeksi saluran kemih terjadi pada saat mikroorganisme masuk ke dalam saluran kemih dan berbiak di dalam media urine. Mikroorganisme memasuki saluran kemih melalui cara : 1) ascending, 2) hematogen seperti pada penularan M. tubercolisatau S aureus, 3) limfogen, dan 4) langsung dari organ sekitarnya yang sebelumnya telah terinfeksi. Sebagianbesar mikro-organisme memasuki saluran kemih melalui cara asending. Kuman penyebab ISK pada umumnya adalah kuman yang berasal dari floral normal usus dan hidup secara komensal di dalam introitus vagina, prepisum kemih melalui uretra-prostrat-vas deferens-testis (pada pria)-buli-buli-ureter, dan sampai ke ginjal. Terjadi infeksi saluran kemih karena adanya gangguan keseimbangan antara mikroorganisme penyebab infeksi (uroptogen) sebagai agentdan epitel saluran kemih sebagai host. Gangguan keseimbangan ini

disebabkan oleh karena pertahankan tubuh dari host yang menurun atau karena virulensi agent meningkat.

Hariyono, Rudi. (2012) infeksi saluran kemih disebabkan oleh adanya mikroorganisme patogenik dalam traktus urinarius.Mikroorganisme ini masuk melalui kontak langsung dari tempat infeksi terdekat, hematogen, limfogen. Ada dua jalur utama terjadi isk, yaitu ansending dan hematogen.

1. Secara asending
   a. masuknya mikroorganisme dalam kandung kemih, antara lain faktor anatomi dimana wanita memiliki uretra yang lebih pendek dari pada laki-laki sehingga insiden terjadinya isk lebih tinggi, faktor tekanan urin saat miksi, kontaminasi fekal, pemasangan alat ke dalam traktus urinarius (pemeriksaan sitoskopik, pemakaian kateter), adanya dekubitus yang terinfeksi.
   b. Naiknya bakteri dari kandung kemih keginjal

      Naiknya bakteri dari kandung kemih ke ginjalKuman penyebab ISK pada umumnya adalah kuman yang berasal dari flora normal usus. Dan hidup secara komensal di dalam introitus vagina, prepusium penis, kulit perineum, dan di sekitar anus.
2. Secara hematogen

   Sering terjadi pada pasien yang system imunnya rendah sehingga mempermudah penyebaran infeksi secara hematogen. Ada beberapa hal yang memengaruhi struktur dan fungsi ginjal sehingga mempermudah penyebaran hematogen, yaitu adanya bendungan total urin yang

mengakibatkan distensi kandung kemih, bendungan intrarenal akibat jaringan parut, dll.

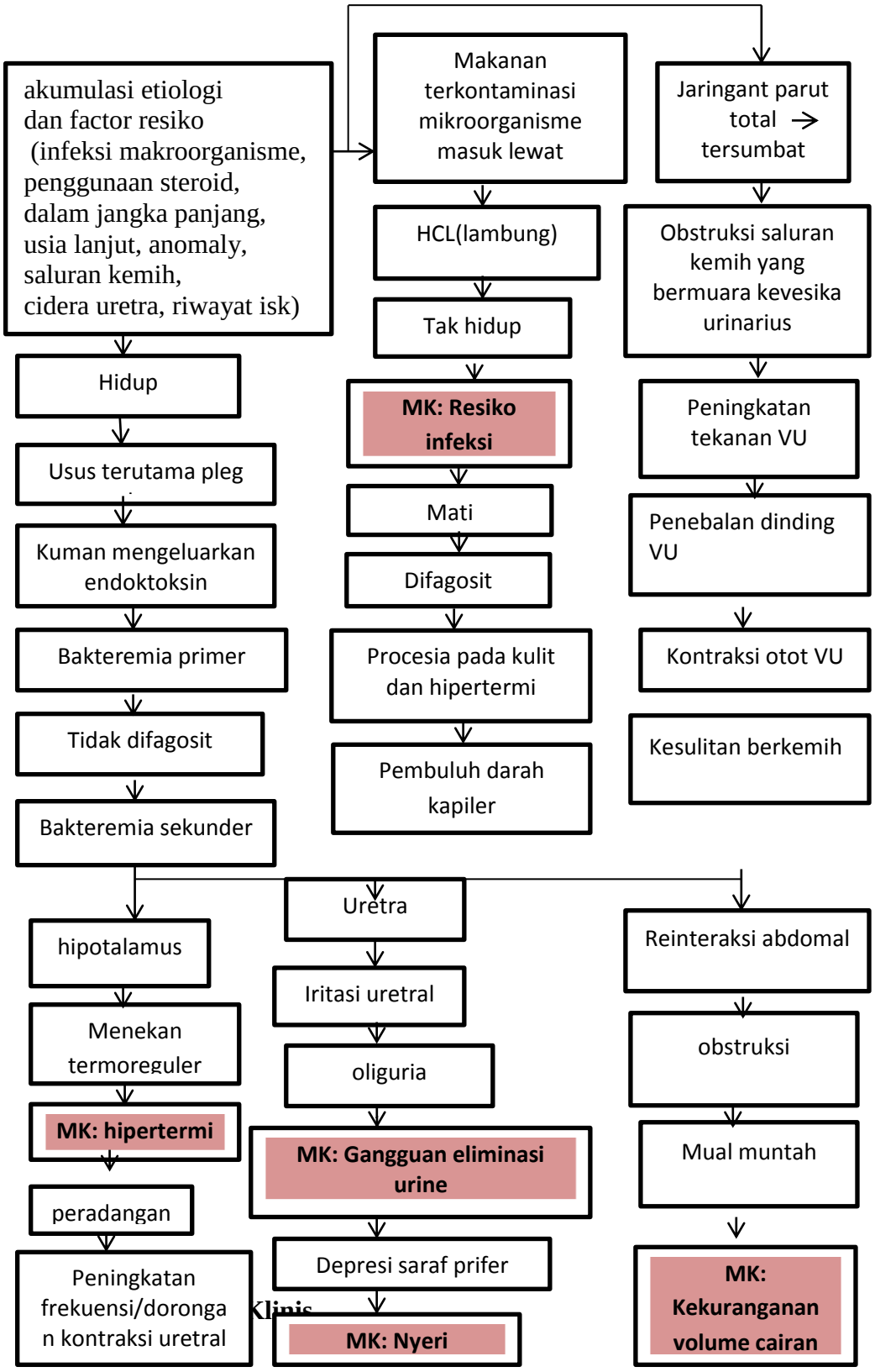
3. Limfogen

Pielonefritis (infeksi traktus urinarius atas) merupakan infeksi bakteri piala ginjal, tobulus dan jaringan intertisial dari salah satu atau kedua ginjal. Bakteri mencapai kandung kmih melalui uretra dan naik ke ginjal meskipun ginjal 20 % sampai 25 % curah jantung; bakteri jarang mencapai ginjal melalui aliran darah ; kasus penyebaran secara hematogen kurang dari 3 %. Pielonefritis akut biasanya terjadi akibat infeksi kandung kemih asendens. Pielonefritis akut juga dapat terjadi melalui infeksi hematogen. Infeksi dapat terjadi di satu atau di kedua ginjal. Pielonefritis kronik dapat terjadi akibat infeksi berulang, dan biasanya dijumpai pada individu yang mengidap batu, obstruksi lain, atau refluks vesikoureter.

Sistitis (inflamasi kandung kemih) yang paling sering disebabkan oleh menyebarnya infeksi dari uretra. Hal ini dapat disebabkan oleh aliran balik urine dari uretra ke dalam kandung kemih (refluks urtrovesikal), kontaminasi fekal, pemakaian kateter atau sistoskop. Uretritis suatu inflamasi biasanya adalah suatu infeksi yang menyebar naik yang digolongkan sebagai general atau mongonoreal. Uretritis gnoreal disebabkan oleh niesseria gonorhoeae dan ditularkan melalui kontak seksual. Uretritis nongonoreal; uretritis yang tidak berhubungan dengan niesseria gonorhoeae biasanya disebabkan oleh klamidia frakomatik atau urea plasma uren.

2.1.6 WOC

Menurut Amin, Hardi, (2015).



Tanda Gejala Infeksi Saluran Kemih Digiulio, Mary, dkk. (2014).

1. Bakteriuria
2. Nyeri yang sering dan rasa panas ketika berkemih (sistisis)
3. Hematuria
4. Nyeri punggung
5. Demam
6. Menggigil, nyeri ketika berkemih
7. Terdesak kencing (urgency), disuria
8. Frekuensi terkait dengan iritasi otot kandung kemih
9. Urgensi terkait dengan iritasi otot kandung kemih

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Wong (2008), jenis-jenis pemeriksaan diagnostic pada infeksi saluran kemih (ISK) yaitu :

1. Biopsi ginjal : Pengambilan jaringan ginjal dengan teknik terbuka atau perkutan untuk pemeriksaan dengan menggunakan pemeriksaan mikroskop cahaya, electron, atau imunofluresen.
2. Pemeriksaan USG ginjal atau kandung kemih : Transmisi gelombang ultrasonic melalui parenkim ginjal, di sepanjang saluran ureter dan di daerah kandung kemih.
3. Pemeriksaan USG (skrotum) : Transmisi gelombang ultrasonic melewati si skrotum dan testis.
4. Computed tomography (CT) : Pemeriksaan dengan sinar-X pancaran sempit dan analisis computer akan menghasilkan rekonstruksi area yang tepat.

5. Pemerikaan kultur dan sensitivitas urine : Pengumpulan specimen steril Pemeriksaan urinalisasi dapat di temukan protenuria, leukosituria, (Leukosit >5/LPB), Hematuria (eritrosit >5/LPB).

2.1.9 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Keperawatan

   Menurut M. Clevo Rendy dan Margareth TH (2012 : hal. 221), pengobatan infeksi saluran kemih bertujuan untuk menghilangkan gejala dengan cepat, membebaskan saluran kemih dari mikroorganisme dan mencegah infeksi berulang, sehingga dapat menurunkan angka kecacatan serta angka kematian. Tujuan tersebut dapat dicapai dengan dengan Perawatan dapat berupa :

   a) Meningkatkan intake cairan 2 – 3 liter/hari bila tidak ada kontra indikasi.
   b) Perubahan pola hidup diantaranya :
      1. Membersihkan perineum dari depan ke belakang
      2. Pakaian dalam dari bahan katun
      3. Menghindari kopi, alkohol

2. Penatalaksanaan Medis

   a) Obat-obatan
      1. Anti biotik : Untuk menghilangkan bakteri.
      2. Anti biotik jangka pendek dalam waktu 1 –2 minggu
      3. Anti biotik jangka panjang (baik dengan obat yang sama atau di ganti) dalam jangka waktu 3 – 4 minggu

4. Pengobatan profilaktik dengan dosis rendah satu kali sehari sebelum tidur dalam waktu 3 – 6 bulan atau lebih ini merupakan pengobatan lanjut bila ada komplikasi lebih lanjut.

b.) Analgetik dan Anti spasmodik

Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh penderita

c.) Obat golongan Venozopyridine : Pyridium.

Untuk meredakan gejala iritasi pada saluran kemih

2.1.10 Komplikasi

Menurut Purnomo (2011), adapun komplikasi yang ditimbulkan yaitu :

1. Pyelonefritis

   Infeksi yang naik dari ureter ke ginjal, tubulus reflux urethrovesikal dan jaringan intestinal yang terjadi pada satu atau kedua ginjal.

2. Gagal Ginjal

   Terjadi dalam waktu yang lama dan bila infeksi sering berulang atau tidak diobati dengan tuntas sehingga menyebabkan kerusakan ginjal baik secara akut dan kronik.

2.1.11 Konsep Tumbuh Kembang Anak toddler

a. Pengertian.

Menurut Adriana, (2013) pengertian Tumbuh Kembang Secara alamiah, setiap individu hidup akan melalui tahap pertumbuhan dan perkembangan, yaitu sejak embrio sampai akhir hayatnya mengalami perubahan ke arah peningkatan baik secara ukuran maupun secara perkembangan. Istilah tumbuh kembang mencakup dua peristiwa yang sifatnya saling berbeda tetapi saling berkaitan dan sulit dipisahkan, yaitu pertumbuhan dan perkembangan. Pengertian mengenai pertumbuhan dan perkembangan adalah sebagai berikut :Pertumbuhan adalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel organ, maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, pon, kilogram), ukuran panjang (cm), umur tulang, dan keseimbangan metabolik(retensi kalsium dan nitrogen tubuh).

Menurut Soetjiningsih, (2012) Perkembangan (development) adalah bertambahnya skill(kemampuan) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Disini menyangkut adanya proses diferensiasi dari sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ, dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk juga perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya.

b. Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Tahapan pertumbuhan dan perkembangan anak dapat ditentukan oleh masa atau waktu kehidupan anak. Menurut Hidayat, (2008) secara umum terdiri atas masa prenatal dan masa postnatal.

a) Masa prenatal

Masa prenatal terdiri atas dua fase, yaitu fase embrio dan fase fetus. Pada masa embrio, pertumbuhan dapat diawali mulai dari konsepsi hingga 8 minggu pertamayang dapat terjadi perubahan yang cepat dari ovum menjadi suatu organisme dan terbentuknya manusia. Pada fase fetus terjadi sejak usia 9 minggu hingga kelahiran, sedangkan minggu ke-12 sampai ke-40 terjadi peningkatan fungsi organ, yaitu bertambah ukuran panjang dan berat badan terutama pertumbuhan serta penambahan jaringan subkutan dan jaringan otot.

b) Masa postnatal

Terdiri atas masa neonatus, masa bayi, masausia prasekola, masa sekolah, dan masa remaja.

c) Masa neonatus

Pertumbuhan dan perkembangan postnatal setelah lahir diawali dengan masa neonatus (0-28 hari). Pada masa ini terjadi kehidupan yang baru di dalam ekstrauteri, yaitu adanya proses adaptasi semua sistem organ tubuh.

d) Masa bayi

Masa bayi dibagi menjadi dua tahap perkembangan. Tahap pertama (antara usia 1-12 bulan): pertumbuhan dan perkembangan pada masa ini dapat berlangsung secara terus menerus, khususnya dalam peningkatan susunan saraf. Tahap kedua (usia 1-2 tahun): kecepatan pertumbuhan pada masa ini mulai menurun dan terdapat percepatan pada perkembangan motorik.

e) Masa usia prasekolah

Menurut teori Erikson (dalam Nursalam, 2008), pada usia prasekolah anak berada pada fase inisiatif vs rasa bersalah (initiative vs guilty). Pada masa ini, rasa ingin tahu (courius)dan adanya imajinasi anak berkembang, sehingga anak banyak bertanya mengenai segala sesuatu di sekelilingnya yang tidak diketahuinya. Apabila orang tua mematikan inisiatifnya maka hal tersebut membuat anak merasa bersalah. Sedangkan menurut teori Sigmund Freud, anak berada pada fase phalik, dimana anak mulai mengenal perbedaan jenis kelamin perempuan dan laki-laki. Anak juga akan mengidentifikasi figur atau perilaku kedua orang tuanya sehingga kecenderungan untuk meniru tingkah laku orang dewasa disekitarnya.

Pada masa usia prasekolah anak mengalami proses perubahan dalam pola makan dimana pada umunya anak mengalami kesulitan untuk makan. Proses eliminasi pada anak sudah

menunjukkan proses kemandirian dan perkembangan kognitif sudah mulai menunjukkan perkembangan, anak sudah mempersiapkan diri untuk memasuki sekolah (Hidayat, 2008).

f) Masa sekolah

Perkembangan masa sekolah ini lebih cepat dalam kemampuan fisik dan kognitif dibandingkan dengan masausia prasekolah.

g) Masa remaja

Pada tahap perkembangan remaja terjadi perbedaan pada perempuan dan laki-laki. Pada umumnya wanita 2 tahun lebih cepat untuk masuk ke dalam tahap remaja/pubertas dibandingkan dengan anak laki-laki dan perkembangan ini ditunjukkan pada perkembangan pubertas.

c. Faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak menurut Adriana, 2013 adalah:

a) Faktor internal

Berikut ini adalah faktor-faktor internal yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak, yaitu

1) Ras/etnik atau bangsa

Anak yang dilahirkan dari ras/bangsa Amerika tidak memiliki faktor herediter ras/bangsa Indonesia atau sebaliknya.

2) Keluarga

Ada kecenderungan keluarga yang memiliki postur tubuh tinggi, pendek, gemuk, atau kurus.

3) Umur

Kecepatan pertumbuhan yang pesat adalah pada masa prenatal, tahun pertama kehidupan, dan pada masa remaja.

4) Jenis kelamin

Fungsi reproduksi pada anak perempuan berkembang lebih cepat daripada laki-laki. Akan tetapi setelah melewati masa pubertas, pertumbuhan anak laki-laki akan lebih cepat.

5) Genetik

Genetik (heredokonstitusional) adalah bawaan anak yaitu potensi anak yang akan menjadi ciri khasnya. Ada beberapa kelainan genetik yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak, contohnya seperti kerdil.

6) Kelainan kromosom

Kelainan kromosom umumnya disertai dengan kegagalan pertumbuhan seperti pada sindroma Down's dan sindroma Turner's.

b) Faktor eksternal berikut ini adalah faktor-faktor eksternal yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak :

1) Faktor prenatal

GiziNutrisi ibu hamil terutama pada trimester akhir kehamilan akan memengaruhi pertumbuhan janin.

2) Mekanis

Posisi fetus yang abnormal bisa menyebabkan kelainan kongenital seperti club foot.

3) Toksin/zat kimia

Beberapa obat-obatan seperti Aminopterin atau Thalidomid dapat menyebabkan kelainan kongenital seperti palatoskisis.

4) Endokrin

Diabetes mellitus dapat menyebabkan makrosomia, kardiomegali, dan hyperplasia adrenal.

5) Radiasi

Paparan radiasi dan sinar Rontgen dapat mengakibatkan kelainan pada janin seperti mikrosefali, spina bifida, retardasi mental, dan deformitas anggota gerak, kelainan kongenital mata, serta kelainan jantung.

6) Infeksi

Infeksi pada trimester pertama dan kedua oleh TORCH (Toksoplasma, Rubella, Citomegali virus, Herpes simpleks) dapat menyebabkan kelainan pada janin seperti katarak, bisu tuli, mikrosefali, retardasi mental, dan kelainan jantung kongenital.

7) Kelainan imunologi

Eritoblastosis fetalis timbul atas dasar perbedaan golongan darah antara janin dan ibu sehingga ibu membentuk antibody terhadap sel darah merah janin, kemudian melalui plasenta masuk ke dalam peredaran darah janin dan akan menyebabkan hemolysis yang selanjutnya mengakibatkan hiperbilirubinemia dan kerniktus yang akan menyebabkan kerusakan jaringan otak.

8) Anoksia embrio

Anoksia embrio yang disebabkan oleh gangguan fungsi plasenta menyebabkan pertumbuhan terganggu.

9) Psikologi ibu

Kehamilan yang tidak diinginkan serta perlakuan salah atau kekerasan mental pada ibu hamil dan lain-lain:

a) Faktor persalinan

Komplikasi persalinan pada bayi seperti trauma kepala, asfiksia dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak

b) Faktor pasca persalinan

1) Gizi

Untuk tumbuh kembang bayi, diperlukan zat makanan yang adekuat.

2) Penyakit kronis atau kelainan kongenital Tuberculosis, anemia, dan kelainan jantung bawaan mengakibatkan retardasi pertumbuhan jasmani.

3) Lingkungan fisik dan kimia

Lingkungan yang sering disebut meliez adalah tempat anak tersebut hidup berfungsi sebagai penyedia kebutuhan dasar anak (provider). Sanitasi lingkungan yang kurang baik, kurangnya sinar matahari, paparan sinar radioaktif dan zat kimia tertentu (Pb, Merkuri, rokok, dan lain-lain mempunyai dampak yang negatif terhadap pertumbuhan anak.

4) Psikologis

Hubungan anak dengan orang sekitarnya. Seorang anak yang tidak dikehendaki oleh orang tuanya atau anak yang selalu merasa tertekan, akan mengalami hambatan di dalam pertumbuhan dan perkembangan.

5) Endokrin

Gangguan hormon, misalnya pada penyakit hipotiroid, akan menyebabkan anak mengalami hambatan pertumbuhan.

6) Sosiol ekonomi

Kemiskinan selalu berkaitan dengan kekurangan makanan serta kesehatan lingkungan yang jelek dan tidaktahuan, hal tesebut menghambat pertumbuhan anak.

7) Lingkungan pengasuhan

Pada lingkungan pengasuhan, interaksi ibu-anak sangat memengaruhi tumbuh kembang anak.

8) Stimulasi

Perkembangan memerlukan rangsangan atau stimulasi, khususnya dalam keluarga, misalnya penyediaan mainan, sosialisasi anak, serta keterlibatan ibu dan anggota keluarga lain terhadap kegiatan anak.

9) Obat-obatan

Pemakaian kortikosteroid jangka panjang akan menghambat pertumbuhan, demikian halnya dengan

pemakaian obat perangsang terhadap susunan saraf yang menyebabkan terhambatnya produksi hormon pertumbuhan.

d. Aspek Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2009) menyebutkan aspek-aspek perkembangan yang dapat dipantau meliputi gerak kasar, gerak halus, kemampuan bicara dan bahasa, serta sosialisasi dan kemandirian.

1) Gerak kasar atau motorik kasar adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan pergerakan dan sikap tubuh yang melibatkan otot-otot besar, seperti duduk, berdiri, dan sebagainya.
2) Gerak halus atau motorik halus adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan dilakukan oleh otot-otot kecil, tetapi memerlukan koordinasi yang cermat seperti mengamati sesuatu, menjimpit, menulis dan sebagainya.
3) Kemampuan bicara dan bahasa adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberikan respons terhadap suara, berbicara, berkomunikasi, mengikuti perintah dan sebagainya.
4) Sosialisasi dan kemandirian adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri anak (makan sendiri,

membereskan mainan selesai bermain), berpisah dengan ibu/pengasuh anak, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya, dan sebagainya.

2.2 Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah merupakan tahap yang sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga, dan kelompok (Carpenito & Moyet, 2009) Proses pengkajian pertama dilakukan adalah pengumpulan data :

1) Identitas pasien

Biasanya berisikan tentang nama, umur, jenis kelamin, alamat, diagnose medis dan tanggal masuk serta tanggal pengakajian dan identitas penanggung jawab.

2) Keluhan utama.

Merupakan riwayat kesehatan klien saat ini yang meliputi keluhan pasien, biasanya jika klien mengalami ISK bagian bawah keluhan klien biasanya berupa rasa sakit atau rasa panas di uretra sewaktu kencing dengan air kemih sedikit- sedikit serta rasa sakit tidak enak di suprapubik. Dan biasanya jika klien mengalami ISK bagian atas keluhan klien biasanya sakit kepala, malaise, mual, muntah, demam, menggigil, rasa tidak enak atau nyeri pinggang.

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Merupakan riwayat kesehatan klien saat ini yang meliputi keluhan pasien, biasanya jika klien mengalami ISK bagian bawah keluhan klien biasanya berupa rasa sakit atau rasa panas di uretra sewaktu kencing dengan air kemih sedikit- sedikit serta rasa sakit tidak enak di suprapubik. Dan biasanya jika klien mengalami ISK bagian atas keluhan klien biasanya sakit kepala, malaise, mual, muntah, demam, menggigil, rasa tidak enak atau nyeri pinggang.

Pengkajian nyeri dilakukan dengan cara PQRST : P (pemicu) yaitu faktor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri. Q (quality) dari nyeri, apakah rasa tajam, tumpul atau tersayat. R (region) yaitu daerah perjalanan nyeri. S (severty) adalah keparahan atau intensits nyeri. T (time) adalah lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri.

b) Riwayat kesehatan dahulu

Pada pengkajian biasanya di temukan kemungkinan penyebab infeksi saluran kemih dan memberi petunjuk berapa lama infeksi sudah di alami klien.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Merupakan riwayat kesehatan keluarga yang biasanya dapat meperburuk keadaan klien akibat adanya gen yang membawa penyakit turunan seperti DM, hipertensi dll. ISK bukanlah penyakit turunan karena penyakit ini lebih disebabkan dari anatomi reproduksi, higiene seseorang dan gaya hidup seseorang, namun jika

ada penyakit turunan di curigai dapat memperburuk atau memperparah keadan klien.

d) Riwayat Psikososial

Adanya kecemasan, mekanisme koping menurun dan kurangnya berinteraksi dengan orang lain sehubungan dengan proses penyakit.

e) Riwayat kesehatan lingkungan.

Lingkungan kotor dapat menyebabkan berkembang biaknya penyakit seperti stafilokok, juga kuman lainnya yang dapat menyebabkan terjadinya ISK.

f) Data tumbuh kembang

Data tumbuh kembang dapat diperoleh dari hasil pengkajian dengan mengumpulkan data lumbang dan dibandindingkan dengan ketentua-ketentuan perkembangan normal. Perkembangan motorik, perkembangan bahasa, perkembangan kognitif, perkembangan emosional, perkembangan kepribadian dan perkembangan sosial.

g) Pola kebiasaan

kebutuhan dasar manusia menurut Virginia Henderson (2008):

1) Pernapasan

Frekuensi pernapasan meningkat

2) Makan dan minum

Frekuensi makan dan minum dan berkurang karena adanya mual dan muntah

3) Eliminasi

a) BAB : Tidak ada keluhan

b) BAK : Adanya dysuria

c) Frekuensi miksi yang bertambah

d) Nyeri suprapubik

e) Bau urine yang tidak menyenangkan dan berwanra keruh

f) Pergerakan yang berhubungan dengan sikap

Terbatasnya pergerakan karena adanyan yeri dan kelemahan fisik

4) Istirahat dan tidur

Gangguan tidur karena seringnya BAK, adanya rasa nyeri dan rasa mual muntah.

5) Memilih, menggenakan dan melepaskan pakayan

Jika kondisi pasien tidak memungkinkan maka dalam memilih, menenakan, dan melepaskan pakayan dibantu oleh perawat dan keluarga.

6) Suhutubuh

Peningkatan suhu tubuh disertai dengan demam

7) Kebersihan dan kesegaran tubuh

8) Pasien Infeksi Saluran Kemih dengan pergerakan terbatas dalam melaksanakan personal higyene dibantu oleh perawat dan keluarga

9) Menghindari bahaya.

Kemungkinan karena kelemahan fisik maka pasien diawasi atau didampingi keluarga atau perawat.

10) Beribadah sesuai keyakinan.

Pada umumnya pasien lebih mendekatkan diri pada TYME

11) Komunikasi dengan orang lain.

Pasien kurang berkomunikasi karena adnya nyeri dan kelemahan fisik

12) Mengerjakan dan melaksanakan sesuai perasaan

Dalam mengerjakan dan melaksanakan aktifitasnya pasien dibantu oleh perawat dan keluarga.

13) Berpartisipasi dalam bentuk rekreasi

Pasien tidak mampu melaksanakan rekreasi karena penyakitnya

14) Belajar dan memuaskan keingintahuan yang mengarah pada perkembangan kesehatannya. Pasien sering meminta informasi tentang penyakitnya dan perkembangan kesehatannya.

4) Pemeriksaan Fisik

Menurut Asmadi, (2008) pemeriksaan fisik yang dapat di lakukan yaitu :

a) Kepala dan rambut : Tidak ada kelainan

b) Wajah : Ekspresi wajah meringis

c) Mata : Bila terjadi hematuria, kemungkinan konjungtiva anemis

d) Telinga : Tidak ada kelainan

e) Hidung : Tidak ada kelainan

f) Mulut & gigi : Bibir kering dan lidah kotor

g) Leher : Tidak ada kelainan

h) Perut

Inspeksi : frekuensi napas meningkat Perut

Palpasi : distensi abdomen & nyeri tekan suprapubik.

i. Ekstremitas atas danb awah: Terpasang infus dan Kateter

j. Kulit

Inspeksi : Kulit kering

5) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang Menurut Sumber Buku Saku Keperawatan Pediatri,(2009) :

1) Diagnosis pasti dikatakan dengan kulturorganisme melalui urine Dipakaites stick untuk mengetahui adanya proteinuria, hematuria, glukosuriadan PH

2) Pemeriksaan secara mikro skopik dikatakan positif bila terdapat piuria (> 2000 leukosit/ml) pada pasien dengan gejala ISK

3) Pemeriksaan urinalisis:

a) Keruh

b) Bakteri

c) Pituria

d) Sel darah putih

e) Sel darah merah mungkin ada.

2.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa Keperawatan Menurut Nurarif .A.H. dan Kusuma. H. (2015). APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC adapun masalah keperawatan yang muncul pada Infeksi Saluran Kemih yaitu:

1.) Nyeri akut berhubungan dengan infeksi traktus urinarius.
2.) Hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit
3.) Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan obstruksi mekanik pada kandung kemih ataupun struktur traktus urinarius lain.
4.) Resiko infeksi berhubungan dengan port de entry kuman.
5.) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan mual, muntah.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSAKEPERAWATAN	NOC	NIC
1	Nyeri akut berhubungan infeksi traktus urinarius.	Tujuan : Nyeri berkurang Kriteria hasil : 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab, mampu menggunakan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)	1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan factor presipitasi. 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidak nyamanan 3. Gunakan tehnik relaksasi : nafas dalam. 4. Berikan analgesik dan antibiotic. 5. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman (batasi pengunjung, ciptakan suasana yang tidak berisik). 6. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau. 7. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. 8. Kurangi factor presipitasi nyeri 9. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 10. Tingkatkan istirahat. 11. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri

			tidak berhasil. 12. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan,pencahayaan dan kebisingan. 13. Lakukan pengkajian Tanda-tanda infeksi, Calor (panas), Dolor (rasa sakit/nyeri), Rubor (Kemerahan), Tumor (pembengkakan), Functiolaesa (danya perubahan fungsi). 14. Lakukan perawatan kateter. 15. Anjurkan ibu atau keluarga klien untuk melakukan hand hygine. 16. Anjurkan klien sering untuk mengganti celana dalam.

2	Hipertermi berhubungan dengan Proses penyakit.	Tujuan : Suhu tubuh dalam batas normal Kriteria hasil : 1. Suhu dalam rentang normal (36-37℃) 2. Nadi dan RR dalam rentang normal (nadi 60-100) (RR 16-24). 3. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing.	1. Monitor suhu sesering mungkin 2. Monitor watna dan suhu kulit 3. Monitor tekanan darah, nadi dan RR 4. Monitor Wbc,Hb, Dan Hct 5. Monitor intake dan output 6. Berikan kompre hangat. 7. Berikn anti piretik 8. Kolaborasi pemberian cairan intravena. 9. Tingkatkan sirkulasi udara 10. Monitor minimal tiap 2 jam 11. Tingkatkan intake cairan dan nutrisi 12. Selimuti pasien. 13. Lakukan tapid sponge.
3.	Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan obstruksi mekanik pada kandung kemih ataupun struktur traktus urinarius lain	Tujuan : Masalah disfungsi pada eliminasi urine teratasi. Kriteria hasil : 1. Kandung kemih kosong secara penuh Bebas dari ISK. 2. Tidak ada spasme bladder	1. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya output urine, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing persisten) 2. Memntau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik 3. Meransang reflek kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut 4. Instruksikan cara-cara untuk

			menghindari konstipasi 5. Masukan kateter kemih, sesuai 6. Anjurkan pasien atau keluarga untuk merekam output urin, sesuai 7. Memantau asupan dan keluaran 8. Membantu dengan toilet secara berkala, sesuai 9. Memenrtau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi
4	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan mual, muntah.	Setelah dilakukan tindakan 1x24 jam diharapkan klien masalah kebutuhan ciaran adekuat dengan Kriteria Hasil: 1. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi 2. Tekanan darah,nadi,suhu tubuh dalam batas normal	1. Monitor tekanan darah,suhu,nadi,dan tekanan darah 2. Kolaborasikan dalam pemberian cairan IV 3. Monitor status dehidrasi (kelembaban mukosa bibir, nadi adekuat, nadi,) jika di perlukan. 4. Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian. 5. Dorong keluarga untuk mementau makan. 6. Monitor status nutrisi. 7. Dorong masukan oral 8. Kolaborasikan dengan dokter dalam pemberian terapi

			9. Memantau tingkat Hb dan hematocrit 10. Monitor berat badan. 11. Memonitor balance cairan.
5.	Resiko infeksi b/d dengan port de entry kuman.	Setelah dilakukan tindakan 1x24 jam diharapkan klien Infeksi tidak terjadi dengan Kriteria Hasil: 1. klien bebas dari tanda gejala infeksi 2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan. 3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 4. Jumlah leukosit dalam batas normal 5. Menunjukkan perilaku hidup sehat.	1. Monitor tanda-tanda infeksi 2. Jelaskan untuk tidak menahan keinginan berkemih, kosongkan kandung kemih secara sempurna setiap kali berkemih. 3. Ajarkan perawatan perineal yang benar terutama setelah berkemih dan defekasi, bersihkan dari depan ke belakang 4. Mencegah perpindahan mikroorganisme yang ada di anus agar kebersihan perineal agar tetap kering dan bersih keringkan depan sampai ke belakang 5. Jelaskan pentingnya mengkonsumsi antibiotik sesuai dengan resep atau sampai habis. 6. Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan. 7. Monitor terhadap kerentanan terhadap Infeksi 8. Batasi pengunjung. 9. Dorong masukan nutrisi yang

			cukup 10. Instruksikan pasien untuk minum anti boitik sesuai resep 11. Ajarkan pasein dan kelurga tanda dan gejala infeksi 12. Laporkan kecurigaan infeksi 13. Laporkan kultur positif

2.2.3 Implementasi keperawatan

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif,kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling bantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis,kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi,dan kemampuan evaluasi (Asmadi, 2008).

Intervensi keperawatan berlangsung dalam tiga tahap. Fase pertama merupakan fase persiapan yang mencakup pegetahuan tentang validasi rencana, implementasi rencana, persiapan klien dan keluarga. Fase kedua merupakan puncak implementasi keperawatan yang berorientasi pada tujuan. Pada fase ini, perawat menyimpulkan data yang dihubungkan dengan reaksi klien. Fase ketiga merupakan terminasi perawat-klien setelah implementasi keperawatan selesai dilakukan (Asmadi, 2008).

2.2.4 Evaluasi keperawatan

Menurut sumber Asmadi, (2008) Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, klien bisa keluar dari

siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, klien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (reassessment).

Evaluasi terbagi atas dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatifini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif(data berupa keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (pembandingan data dengan teori), dan perencanaan (Asmadi, 2008).

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

Tanggal Pengkajian : 6 Juni 2018

3.1.1 Identitas Pasien

Nama	: An.S
Tempat Tanggal Lahir	: Lambau, 15 Juli 2011
Umur	: 6 tahun 10 bulan
Jenis Kelamin	: Perempuan
Nama Ayah/Ibu	: Mazni/Fitri
Pekerjaan Ayah	: Petani
Pekerjaan Ibu	: Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Baso Koto Tinggi
Suku Bangsa	: Minang
Agama	: Islam

Nama Penanggung Jawab

Nama	: Ny.F
Alamat	: Baso Koto Tinggi
Hubungan dengan penderita	: Ibu Kandung

3.1.2 Keluhan Utama

Klien datang kerumah sakit dengan keluhan urin tidak keluar sejak 1 hari yang lalu, dan nafsu makan dan minum menurun sejak 1 hari yang lalu, tidak BAB dan BAK sejak 1 hari yang lalu

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Klien mengatakan susah buang air kecil, dan klien mengatakan sakit saat Buang Air Kecil, ibu klien mengatakan klien juga susah Buang Air Besar, klien juga mengatakan perut terasa nyeri, ibu klien mengatakan klien susah makan, klien juga mengeluh kerongkongan terasa sakit saat menelan, klien juga mengatakan badannya terasa lemah dan letih, ibu klien mengatakan selama sakit klien tidak ada dimandikan, ibu klien mengatakan klien susah tidur.

Pengakjian nyeri :

P : Nyeri timbul saat kencing keluar

Q : Seperti di tusuk-tusuk.

R : Nyeri pada daerah perut di kuadran ke IV sebelah kanan bawah

S : Skala 5-6

T : ± 30 detik sampai 1 menit

3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Ibu klien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat di rumah sakit, dan ini pertama klien di rawat di Rumah sakit.

3.1.5 Riwayat Kesehatan keluarga

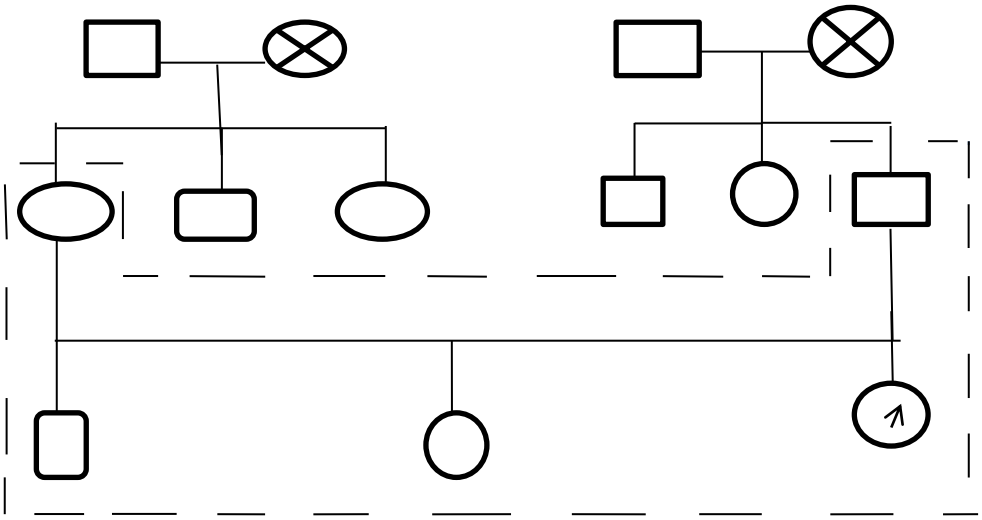
a. Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga

Ibu klien mengatakan keluarga klien pernah menderita penyakit demam biasa saja dan ibu klien mengatakan keluarga juga tidak ada menderita penyakit seperti Infeksi Saluran Kemih, DM, Hipertensi, atau pun penyakit yang lainnya.

b. Penyakit yang sedang diderita anggota keluarga

Ibu klien mengatakan keluarga klien tidak ada yang sakit kecuali yang sedang sakit anaknya An.S

GENOGRAM



1. Laki-laki :
2. Perempuan. :
3. Klien :
4. Meninggal : X

5. - - - - - - - : tinggal serumah.

c. Riwayat Sosial.

1. Yang Mengasuh : Ibu klien sendiri
2. Hubungan dengan keluarga : Ibu kandung
3. Hubungan dengan teman sebaya : Baik
4. Pembawaan secara umum : An.s tampak pendiam
5. Lingkungan rumah

bersih dan tidak ramai karna jauh dari jalan raya.

3.1.6 Data Biologis

Tabel 3.1 Data Biologis

NO	AKTIVITAS	SEHAT	SAKIT
1.	Makanan		
	-menu	Nasi ,lauk pauk + sayuran	MLPG
	-porsi	1 piring	2 sendok makan
	-pantangan	Tidak ada	Tidak ada
2	Minuman		
	-jumlah	3-5 gelas/ hari	2-3 gelas/ hari
	-pantangan	Tidak ada	Tidak ada
3	Eliminasi		
	BAB		
	-frekuensi	1x sehari	1x hari
	-warna	Kuning kecoklatan	Kuning kecoklatan

	-Bau	Khas	Khas
	-konsistensi	Padat	Padat
	-kesulitan	Tidak ada	Ada
	BAK		
	-frekuensi	4-5 x sehari	2-3 x sehari
	-warna	Kuning jernih	Kuning pekat
	-bau	Pesing	Pesing
	-konsistensi	Cair	Cair
	-kesulitan	Tidak ada	Ada
4	Istirahat dan tidur		
	-waktu tidur	Malam	Malam
	-lama tidur	8-10 jam sehari	4-3 jam sehari
	-kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
5.	Personal hygiene		
	-mandi	2x sehari	Tidak ada
	-mencuci rambut	1x sehari	Tidak ada
	-menggosok gigi	2x sehari	Tidak ada

3.1.8 Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Compos mentis

GCS : 15

BB/TB : 19 Kg/110 cm

Tanda Vital

Suhu : 36,4 ^{0}C

Nadi : 86 x/m

Pernafasan : 22 x/m

TD : 110/70 mmhg

1. Kepala

a) Rambut

Inspeksi :

rambut berwarna hitam dan ikal, kepala tampak kotor,tidak ada ketombe, tidak ada kutu.

Palpasi :

tidak ada terdapat pembengkakan pada kepala.

b) Mata

Pupil : isokor

Scelera : tidak ikterik

Konjungtiva : tidak Anemis

Gangguan penglihatan :Tidak ada gangguan penglihatan

c) Hidung

Bentuk : simetris kiri dan kanan

Sekresi : tidak ada sekresi.

Gangguan penciuman : tidak ada gannguan penciuman.

d) Mulut dan gigi

Kebersiahan mulut tampak bersih, gigi tampak kotor, gigi tampak berlobang, lidah tampak kotor.

e) Telinga

Bentuk teilinga simetris kiri dan kanan, tidak ada serumen, tidak ada gangguan pendengaran

2. Leher

Tidak terdapat pembengkakan kelenjer tiroid.

3. Thorak

a) Paru-paru

Inspeksi : pergerkan dada simetris kiri dan kanan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi

Perkusi : sonor di bagaian kiri, redup di bagian kanan

Auskultasi : normal, tidak ada suara tambahan pada pernafasan.

b) Jantung

Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat.

Palpasi : ictus cordis teraba pada ics ke v

Perkus : tidak ada pembengkakan pada jantung.

Auskultasi : tidak terdengar suara tambahan.

c) Abdomen

Inspeksi : tidak ada bekas luka, tidak ada lesi.

Auskultasi : bising usus normal 12x/i, vasikuler

Palpasi : nyeri pada saat di tekan

Perkusi : timpani

d) Punggung

Tidak ada lesi, tidak ada luka bekas operasi.

e) Ekstermitas

Atas : tampak terpasang infus outsu D5 % 10 tts/m

Bawah : tampak terpasang kateter

f) Genetalia

Genetalia tampak kotor, terpasang kateter.

3.1.9 Pemeriksaan Tingkat Perkembangan

a.) Kemandirian dan Bergaul

Klien sangat mandiri saat bermain, klien sudah mampu mandi dan memakai pakaian sendiri.

b.) Motorik Halus

Klien mampu membaca, menggambar dan belajar sendiri

c.) Motorik Kasar

Klien bermain dengan aktif tidak ada kendala saat sehat.

3.1.10 Pemeriksaan Penunjang

1. USG ABDOMEN, PatBNO pada tanggal 07 Juni 2018
2. LABORATORIUM

Hasil Pemeriksaan Laboratorium tanggal 06 juni 2018

Tabel 3.2 laboratorium

No	Nama pemeriksaan	Jumlah	Satuan	Nilai normal
1	HBG	13.1	[g/dl]	13.0-16.0
2	RBC	4.66	[10^6/ul]	4.5-5.5
3	HCT	39.5	[%]	40.0-48.0
4	WBC	14.25	[10^3/Ul]	5.0-10.0
5	EO%	0.1	[%]	1-3
6	BASO%	0.2	[%]	0-1
7	NEUT%	83.7	[%]	50-70
8	LYMPH%	10.0	[%]	20-40
9	MONO%	6.0	[%]	2-8
10	LED	20	[Mm/jam]	L<10
11	Kalsium darah	138.8	[Meq/L]	9-11
12	Kalium	108.0	[Meq/L]	3,5-5,5
13	Natrium	0,45	[Mg/dl]	135-147
14	Creatin	20	[Mg/dl]	8.6-10.3
15	Urea	14.25	[10^3/uL]	15-43

3.1.11 Data Pengobatan

Tabel 3.3 Data Pengobatan

No	Nama obat	Dosis	Jam
1.	Ceftriacone	1x1 gr	06.00 wib 15.00 wib 24.00 wib
2	Paracetamol	3x 250 mg	06.00 wib 12.00 wib 20.00 wib
3. 4.	Dulcolak supos Infus D5%	1x1 mg 10 tts/m	21.00 wib

3.1.12 Data Fokus

a. Data Subjektif.

1. Ibu klien mengatakan anaknya susah untuk buang air kecil
2. Klien mengatakan saat buang air kecil terasa sakit
3. Ibu klien mengatakan klien susah BAB
4. Klien mengatakan nyeri pada bagian perut
5. Ibu klien mengatakan klien nafsu makan menurun
6. Ibu klien mengatakan kerongkongannya sakit saat menelan
7. Ibu klien mengatakan kesulitan dalam bergerak
8. Klien mengatakan aktivitas terasa terganngu
9. Ibu klien mengatakan selama sakit klien tidak ada di mandikan
10. Klien mengatakan kepalanya tersasa gatal.
11. Klein mengatakan badannya terasa lemah dan letih

b. Data objektif.

1. Klien tampak sakit saat mau buang air kecil
2. WBC : 14.25 10^3/Ul
3. Klien tampak terpasang kateter
4. Klien tampak kesakitan saat di pegang bagian perutnya
5. Klien tampak tidak menghabiskan makannya hanya dengan porsi 2 sendok makan saja
6. Klien tampak susah menelan karena kerongkongannya sakit
7. Klien tampak susah menggerakan anggota badannya
8. Klien tampak hanya berbaring di tempat tidur.
9. Klien tampak lemah dan lesu

10. Klien tampak terpasang infus outsu D5% 10 tetes/menit
11. Badan klien tampak kotor dan berbau
12. Kepala klien tampak kotor
13. ADL Tampak di bantu
14. Klien tampak gelisah
15. Mukosa bibir tampak kering
16. Turgor kulit tampak lembab
17. Intake 810
18. output 200cc
19. Berat Badan: 19 kg
20. Tinggi Badan: 110 cm

3.1.13 Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa Data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	DO: - Ibu klien mengatakan anaknya susah untuk buang air kecil. - Klien mengatakan anaknya saat buang air kecil terasa sakit. - Klien mengatakan nyeri pada bagian perut dan pinggang. DO: - Klien tampak sakit ketika saat mau buang air kecil - Skala nyeri 5-6 - Klien tampak terpasang kateter. - Klien tampak	Nyeri	Infeksi traktus urinarius.

	kesakitan saat di pegang bagian perutnya. - WBC : 14.25 10^3/Ul		
2	DS: - Ibu klien mengatakan klien nafsu makan menurun - Ibu klien mengatakan tenggorokan sakit saat menelan. - Klein mengatakan badannya terasa lemah dan letih DO: - Klien tampak tidak menghabiskan makannya hanya dengan porsi 2 sendok makan saja - Klien tampak susah menelan karena tenggorokan sakit - Klien tampak lemah dan lesu. - Berat Badan: 19 kg - Tinggi Badan: 110 cm	Resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang	Intake tidak adekuat.
3	DS: - Ibu klien mengatakan selama sakit klien tidak ada di mandikan. - Klien mengatakan kepalanya tersasa gatal. - Ibu klien mengatakan anaknya mengalami kesulitan dalam bergerak. - Klien mengatakan	Defisit perawatan diri	Kelemahan fisik.

	aktivitas sehari-hari terasa terganggu. DO: - Badan klien tampak kotor dan berbau - Kepala klien tampak kotor - ADL Tampak di bantu - Klien tampak susah menggerakan anggota badannya - Klien tampak hanya berbaring di tempat tidur.		
4.	DS: - Klein mengatakan badannya terasa lemah dan letih DO: - Mukosa bibir tampak kering - Turgor kulit tampak lembab - Intake 810 cc - Output 200cc - Klien tampak terpasang infus outsu D5% 10 tts/i	Resiko defisit volume ciran	Intake tidak adekuat

3.2 Diagnosa keperawatan

1. Nyeri berhubungan dengan infeksi traktus urinarius.
2. Resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi intake berhubungan dengan tidak adekuat.
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik.
4. Resiko difisit volume cairan berhubungan dengan intake tidak adekuat.

3.3 Intervensi keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi keperawatan

No	Daignosa Keperawatan	NOC	NIC
1	Nyeri b/d infeksi traktus urinarius.	Tujuan : Nyeri berkurang dengan Kriteria hasil : 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab, mampu menggunakan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri) 4. Tanda-tanda infeksi tidak terjadi, Calor (panas), Dolor (rasa sakit/nyeri), Rubor (Kemerahan), Tumor (pembengkakan), Functiolaesa (danya perubahan fungsi).	17. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan factor presipitasi. 18. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 19. Gunakan tehnik relaksasi : nafas dalam. 20. Berikan analgesik dan antobiotik. 21. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman (batasi pengunjung, ciptakan suasana yang tidak berisik). 22. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 23. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. 24. Kurangi factor presipitasi nyeri. 25. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 26. Tingkatkan istirahat. 27. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil. 28. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan,pencahayaan dan kebisingan.

			29. Lakukan pengkajian Tanda-tanda infeksi, Calor (panas), Dolor (rasa sakit/nyeri), Rubor (Kemerahan), Tumor (pembengkakan), Functiolaesa (danya perubahan fungsi). 30. Lakukan perawatan kateter. 31. Anjurkan ibu atau keluarga klien untuk melakukan hand hygine. 32. Anjurkan klien sering untuk mengganti celana dalam.
2	Resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang b/d intake tidak adekuat.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x 24 jam diharapkan asupan nutrisi tercukupi dengan Kriteria Hasil: 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 3. Menunjukkan peningkatan fungsi menelan 4. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasikan dengan ahli gizi tentang nutrisi yang dibutuhkan 3. Anjurkan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin C (minum jus jeruk, dan mengkonsumsi buah-buahan seperti pisang) 4. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori 5. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan 6. Menjelaskan kepada klien tentang pentingnya makan bagi tubuh. 7. Menganjurkan memberikan makanan ketika dalam keadaan hangat. 8. Menganjurkan memberikan makanan dalam bentuk bervariasi. 9. Menganjurkan memberikan makanan sedikit tapi sering.

3	Defisit perawatan diri b/d kelemahan fisik.	Setelah di lakukan tindakan keperawatan 1x24 jam di harapkan klien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri dengan KH: 1. Perawatan diri :aktivitas kehidupan sehari-hari mampu melakukan aktifitas fisik dan pribadi secara mandiri 2. Perawatan mandi: mampu untuk membersihkan tubuh secara mandiri Perawatan oral hygine: mampu merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tampa alat bantu	1. Mempertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri. 2. Mempertimbangkan ketika mempromosiksn aktivitas perawatan diri. 3. Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya dedoran,sikat gigi , sabun mandi, sampo, lotion dan produk aroma terapi) 4. Tempatkan handuk,sabun,dan alat lainnya yang dibutuhkan klien. 5. Mempersiapkan sikat gigi dan membantu untuk menyikat gigi. 6. menyediakan lingkungan yang terapeutik,santai,hangat dan personal. 7. Memantau kebersihan kuku. 8. Memantau integritas kulit. 9. Memantau hygine klien.
4	Resiko difisit volume cairan b/d intake tidak adekuat.	Setelah dilakukan tindakan 1x24 jam diharapkan klien masalah kebutuhan ciaran adekuat dengan KH: 3. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi 4. Tekanan darah,nadi,suhu tubuh dalam batas normal	12. Monitor tekanan darah,suhu,nadi,dan tekanan darah 13. Kolaborasikan dalam pemberian cairan IV 14. Monitor status dehidrasi (kelembaban mukosa bibir, nadi adekuat, nadi,) jika di perlukan. 15. Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian. 16. Dorong keluarga untuk mementau makan. 17. Monitor status nutrisi. 18. Dorong masukan oral 19. Kolaborasikan dengan dokter dalam

			pemberian terapi 20. Memantau tingkat Hb dan hematocrit 21. Monitor berat badan. 22. Memonitor balance cairan.

3.4 Implementasi Dan Evaluasi keperawatan

Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi keperawatan

No	Hari/tangagal	Dx	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Rabu, 06 Juni 2018.	1.	09.00 wib 09.15 wib 09.30 wib 12.00 wib 12.10 wib	1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan factor presipitasi. (P : Nyeri timbul saat kencing keluar Q : Seperti di tusuk-tusuk, R : Nyeri pada daerah perut di kuadran ke IV sebelah kanan bawah, S : Skala 5-6 T : ± 30 detik sampai 1 menit) 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan (ekspresi wajah meringis) 3. Menggunakan tehnik relaksasi : (nafas dalam.) 4. Memberikan analgesik dan antibotik : (paracetamol dan ceftriacone) 5. Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman (batasi	S: - Ibu klien mengatakan anaknya susah untuk buang air kecil - Klien mengatakan saat buang air kecil terasa sakit - Klien mengatakan nyeri pada bagian perut dan pinggang. - P : Nyeri timbul saat kencing keluar Q : Seperti di tusuk-tusuk, R : Nyeri pada daerah perut di kuadran ke IV sebelah kanan bawah, S : Skala 5-6 T : ± 30 detik sampai 1 menit O: TTV: TD : 110/70 mmhg Suhu : 36,4 ^{O} C Nadi : 86 x/i RR : 22 x/i Wbc : 14.25 10^3/Ul - Klien tampak sakit saat mau buang air kecil dengan skala nyeri 5-6

			12.15 wib 12.30 wib 12.15 wib 12.30 wib	pengunjung, ciptakan suasana yang tidak berisik). 6. Melakukan pengkajian Tanda-tanda infeksi, Calor (panas), Dolor (rasa sakit/nyeri), Rubor (Kemerahan), Tumor (pembengkakan), Functiolaesa (danya perubahan fungsi). 7. Melakukan perawatan kateter. (supaya tidak menambah infeksi) 8. Menganjurkan ibu atau keluarga klien untuk melakukan hand hygine. (memekai handrap). 9. Anjurkan klien sering untuk mengganti celana dalam (supaya tidak menambah atau memperberat infeksi)	- Klien tampak terpasang kateter - Klien tampak kesakitan saat di pegang bagian perutnya A: nyeri b/d infeksi traktus urinarius. P: Interversi di lanjutkan 1,2,3,4,5,6,7,8,9
2.	Rabu,06 Juni 2018.	2.	10.00 wib 11.00 wib 12.15 wib	1. Mengkaji adanya alergi makanan. (seperti alergi udang, telur, dan ikan laut) 2. Menantau tentang nutrisi yang dibutuhkan klien (menganjurkan makan makan nasi yang lunak) 3. Menganjurkan klien untuk	S: - Ibu klien mengatakan klien nafsu makan menurun. - Ibu klien mengatakan tenggorokan klien sakit saat menelan. - Klein mengatakan badannya terasa lemah dan letih. O: TD : 110/70 mmhg

			12.20 wib 12.25 wib 12.30 wib 12.10 wib 12. 15 wib	meningkatkan protein dan vitamin C (anjurkan makan buah-buahan yang mengandung vitamin C seperti jeruk dan pisang) 4. Memonitor jumlah nutrisi (menanyakan kepada klien dalam sehari berapa porsi yang dihabiskan) 5. Menjelaskan kepada klien tentang pentingnya makan bagi tubuh (menjelaskan jika klien tidak makan maka badannya akan terasa lemah) 6. Menganjurkan memberikan makanan ketika dalam keadaan hangat.(supaya meningkatkan nafsu makan klien) 7. Menganjurkan memberikan makanan dalam bentuk bervariasi.(supaya anak tidak bosan dan anak semngat untuk makan) 8. Menganjurkan memberikan makanan sedikit tapi sering.(seperti menganjurkan ibu klien untuk menyuapkan anaknya makan satu atau dua sendok	Suhu : 36,4 ^{O}C Nadi : 86 x/i RR : 22 x/i BB : 19 Kg TB : 110 - Klien tampak tidak menghabiskan makannya klien hanya makan dengan porsi 2 sendok makan saja. - Klien tampak susah menelan karena tenggorokannya sakit. - Klien tampak lemah dan lesu. A :Resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang b/d intake tidak adekuat. P: intervensi di lanjutkan 1,2,3,4,5,6,7,8.

				makan smapai habis.	
3	Rabu, 06 Juni 2018.	3.	10.00 wib 10.05 wib 10.15 wib 10.30 wib 11.00 wib 11.15 wib	1. Mempertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri. (memasang sampiran) 2. Mempatkan handuk,sabun,dan alat lainnya yang dibutuhkan klien. 3. Menyediakan lingkungan yang terapeutik,santai,hangat dan personal. 4. Memantau kebersihan kuku (untuk mencegah memperberat infeksi) 5. Memantau integritas kulit (seperti melihat apakah kulit klien tampak kering atau lembab) 6. Memantau hygine klien (seperti memantau kebersihan hygine bersih tau tidak)	S: - Ibu klien mengatakan kesulitan dalam bergerak. - Klien mengatakan aktivitas terganngu. - Ibu klien mengatakan selama sakit klien tidak ada di mandikan - Klien mengatakan kepalanya tersasa gatal O: - Klien tampak susah menggerakan anggota badannya - Klien tampak hanya berbaring di tempat tidur. - Badan klien tampak kotor dan berbau - Kepala klien tampak kotor - ADL Tampak di bantu. A: Defisit perawatan diri b/d kelemahan fisik P: intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6.
4	Rabu,06 Juni 2018.	4.	10.00 wib	1. Monitor tekanan darah, suhu, nadi, dan tekanan darah (TD : 110/70 mmhg, Suhu : 36,4 ^{O}C,	S : - Klein mengatakan badannya terasa lemah dan letih.

			10.05 wib 11.00 wib 12.00 wib 12.05 wib 12.15 wib	Nadi : 86 x/i, RR : 22 x/ i) 2. Memantau pemberian cairan IV (cairan infus D5 % pemberiannya 10 tetes/ menit) 3. Melakukan pemberian pemberian terapi. (pemberian injeksi ceftriacone 1x 1 mg dan pemberian paracetamol) 4. Memonitor balance cairan. (menyakan berapa cairan masuk dan melihat berapa cc urin keluar) 5. Monitor masukan makanan. (menyakan kepada ibu klien berapa porsi dalam sehari berapa sendok klien menghabiskan makan) 6. Mendorong keluarga untuk memantau makan (anjurkan ibu klien untuk memantau masukan makan klien)	O: TTV TD : 110/70 mmhg Suhu : 36,4 ^{O}C Nadi : 86 x/i RR : 22 x/ i - Mukosa bibir tampak kering - Turgor kulit tampak lembab - Intake 810 cc - output 200cc - Klien tampak terpasang infus outsu D5% 10 tts/i A: Resiko defisit volume cairan b/d intake tidak adekuat. P: intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6
1	Kamis,07 juni 2018	1	08.00 wib 08.15 wib	1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan factor presipitasi. (P : Nyeri timbul saat kencing keluar Q : Seperti di tusuk-tusuk, R : Nyeri pada daerah perut di kuadran ke	S: - Ibu klien mengatakan anaknya masih susah untuk buang air kecil - Klien mengatakan saat buang air kecil masih terasa sakit - Klien mengatakan nyeri pada bagian perut dan pinggang masih ada. - P : Nyeri timbul saat kencing keluar

			09.00 wib 12.00 wib 12.30 wib 12.15 wib 12.30 wib 12.15 wib 12.30 wib	IV sebelah kanan bawah, S : Skala 5-6 T : ± 30 detik sampai 1 menit) 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan (ekspresi wajah meringis) 3. Menggunakan tehnik relaksasi : (nafas dalam.) 4. Memberikan analgesik dan antibotik : (paracetamol dan ceftriacone) 5. Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman (batasi pengunjung, ciptakan suasana yang tidak berisik). 6. Melakukan pengkajian Tanda-tanda infeksi, Calor (panas), Dolor (rasa sakit/nyeri), Rubor (Kemerahan), Tumor (pembengkakan), Functiolaesa (danya perubahan fungsi). 7. Melakukan perawatan kateter. (supaya tidak menambah infeksi) 8. Menganjurkan ibu atau keluarga klien untuk melakukan hand hygine. (memekai handrap). 9. Anjurkan klien sering untuk	Q : Seperti di tusuk-tusuk, R : Nyeri pada daerah perut di kuadran ke IV sebelah kanan bawah, S : Skala 5-6 T : ± 30 detik sampai 1 menit O: TTV TD : 110/70 mmhg Suhu : 36,4 ^{O}C Nadi : 78 x/i RR : 24 x/i - Klien tampak sakit saat mau buang air kecil dengan skala nyeri 5-6 - Klien tampak terpasang kateter - Klien tampak kesakitan saat di pegang bagian perutnya A: Nyeri b/d infeksi traktus urinarius. P: Interversi di lanjutkan 1,2,3,4,5,6,7,8,9

				mengganti celana dalam (supaya tidak menambah atau memperberat infeksi)	
2	Kamis,07 Juni 2018	2	08.00 wib 11.00 wib 12.15 wib 12.20 wib 12.25 wib 12.30 wib 12.10 wib	1. Mengkaji adanya alergi makanan. (seperti alergi udang, telur, dan ikan laut) 2. Menantau tentang nutrisi yang dibutuhkan klien (menganjurkan makan makan nasi yang lunak) 3. Menganjurkan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin C (anjurkan makan buah-buahan yang mengandung vitamin C seperti jeruk dan pisang) 4. Memonitor jumlah nutrisi (menanyakan kepada klien dalam sehari berapa porsi yang dihabiskan) 5. Menjelaskan kepada klien tentang pentingnya makan bagi tubuh (menjelaskan jika klien tidak makan maka badannya akan terasa lemah)	S: - Ibu klien mengatakan anaknya masih belum mau makan. - Ibu klien mengatakan tenggorokan klien masih sakit saat menelan - Klein mengatakan badannya masih terasa lemah dan letih. O: TD : 110/70 mmhg Suhu : 36,4 ^{O}C Nadi :7 8 x/i RR : 24 x/i BB : 19 Kg TB : 110 - Klien tampak tidak menghabiskan makannya klien hanya makan 2 sendok makan saja - Klien tampak susah menelan karena kerongkongannya masih sakit - Klien tampak lemah dan lesu. A : Resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang b/d intake tidak adekuat.

				6. Menganjurkan memberikan makanan ketika dalam keadaan hangat.(supaya meningkatkan nafsu makan klien) 7. Menganjurkan memberikan makanan dalam bentuk bervariasi.(supaya anak tidak bosan dan anak semngat untuk makan) 8. Menganjurkan memberikan makanan sedikit tapi sering.(seperti menganjurkan ibu klien untuk menyuapkan anaknya makan satu atau dua sendok makan smapai habis.	P: intervensi di lanjutkan 1,2,3,4,5,6,7,8.
3	Kamis,07 Juni 2018	3	10.00 wib 10.05 wib 10.15 wib 10.30 wib 11.35wib	1. Mempertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri. (memasang sampiran) 2. Mempatkan handuk,sabun,dan alat lainnya yang dibutuhkan klien. 3. Menyediakan lingkungan yang terapeutik,santai,hangat dan personal. 4. Memantau kebersihan kuku (untuk mencegah memperberat infeksi) 5. Memantau integritas kulit (	S: - Ibu klien mengatakan tidak ada memandikan atau mengelap badan pasien pada pagi hari. - Klien mengatakan kepalanya tersasa masih gatal - Ibu klien mengatakan anaknya mengalami kesulitan dalam bergerak. - Klien mengatakan merasa aktivitas sehari-harinya terganggu. O: - Klien tampak susah menggerakan anggota badannya

			11.40 wib	seperti melihat apakah kulit klien tampak kering atau lembab) 6. Memantau hygine klien (seperti memantau kebersihan hygine bersih tau tidak)	- Klien tampak hanya berbaring di tempat tidur. - Badan klien tampak kotor dan berbau - Kepala klien tampak kotor - ADL Tampak di bantu. A: Defisit perawatan dirib/d kelemahan fisik. P: intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6
4	Kamis,07 Juni 2018	4	09.00 wib 12.00 wib 12.15 wib 12.20 wib	1. Monitor tekanan darah, suhu, nadi, dan tekanan darah (TD : 110/70 mmhg, Suhu : 36,4 ^{O}C, Nadi : 86 x/i, RR : 22 x/ i) 2. Memantau pemberian cairan IV (cairan infus D5 % pemberiannya 10 tetes/ menit) 3. Melakukan pemberian pemberian terapi. (pemberian injeksi ceftriacone 1x 1 mg dan pemberian paracetamol) 4. Memonitor balance cairan (menyakan berapa cairan masuk dan melihat berapa cc urin keluar) 5. Monitor masukan makanan (menyakan kepada ibu klien	S: - Klein mengatakan badannya terasa lemah dan letih. O: TTV: TD : 110/70 mmhg Suhu : 36,4 ^{O}C Nadi : 78 x/i RR : 24 x/i - Mukosa bibir tampak kering - Turgor kulit tampak lembab - Intake 960 - output 300cc - Klien tampak terpasanginfus outsu D5% 10 tts/i

				berapa porsi dalam sehari berapa sendok klien menghabiskan makan) 6. Mendorong keluarga untuk memantau makan (anjurkan ibu klien untuk memantau masukan makan klien)	A: Resiko defisit volume cairan b/d intake tidak adekuat. P: intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6.
1	Jum'at, 08 Juni 2018.	1	08.00 wib 08.15 wib 10.00 wib 12.00 wib 12.15 wib 12.20 wib	1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan factor presipitasi. P : Nyeri timbul saat kencing keluar Q : Seperti di tusuk-tusuk, R : Nyeri pada daerah perut di kuadran ke IV sebelah kanan bawah, S : Skala 4-3 T : ± 30 detik sampai 1 menit. 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan (ekspresi wajah meringis) 3. Menggunakan tehnik relaksasi : (nafas dalam.) 4. Memberikan analgesik dan antibotik : (paracetamol dan ceftriacone) 5. Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman (batasi	S: - Ibu klien mengatakan anaknya susah untuk buang air kecil - Klien mengatakan saat nyeri buang air kecil masih hilang timbul. - Klien mengatakan nyeri pada bagian perut masih hilang timbul. - P : Nyeri timbul saat kencing keluar Q : Seperti di tusuk-tusuk, R : Nyeri pada daerah perut di kuadran ke IV sebelah kanan bawah, S : Skala 4-3 T : ± 30 detik sampai 1 menit. O: TTV TD : 90/70 mmhg Suhu : 36,8 ^{O}C Nadi : 83x/i RR : 26 x/i - Klien tampak sakit saat mau buang air kecil dengan skala nyeri 4-3

			12.25 wib 12.30 wib 12.35 wib	pengunjung, ciptakan suasana yang tidak berisik). 6. Melakukan pengkajian Tanda-tanda infeksi, Calor (panas), Dolor (rasa sakit/nyeri), Rubor (Kemerahan), Tumor (pembengkakan), Functiolaesa (danya perubahan fungsi). 7. Melakukan perawatan kateter. (supaya tidak menambah infeksi) 8. Menganjurkan ibu atau keluarga klien untuk melakukan hand hygine. (memekai handrap). 9. Anjurkan klien sering untuk mengganti celana dalam (supaya tidak menambah atau memperberat infeksi)	- Aff kateter A: Masalah tentang nyeri teratasi P: Interversi di hentikan
2	Jum'at, 08 Juni 2018.	2	08.00 wib 11.00 wib	1. Mengkaji adanya alergi makanan. (seperti alergi udang, telur, dan ikan laut) 2. Menantau tentang nutrisi yang dibutuhkan klien (menganjurkan makan makan nasi yang lunak) 3. Menganjurkan klien untuk	S: - Ibu klien mengatakan anaknya sudah mau makan - klien mengatakan tenggorokan sudah tidak sakit saat menelan. O: TD : 9/70 mmhg Suhu : 36,8^{O} C Nadi : 83 x/i

			12.15 wib 12.20 wib 12.25 wib 12.30 wib 12.10 wib	meningkatkan protein dan vitamin C (anjurkan makan buah-buahan yang mengandung vitamin C seperti jeruk dan pisang) 4. Memonitor jumlah nutrisi (menanyakan kepada klien dalam sehari berapa porsi yang dihabiskan) 5. Menjelaskan kepada klien tentang pentingnya makan bagi tubuh (menjelaskan jika klien tidak makan maka badannya akan terasa lemah) 6. Menganjurkan memberikan makanan ketika dalam keadaan hangat.(supaya meningkatkan nafsu makan klien) 7. Menganjurkan memberikan makanan dalam bentuk bervariasi.(supaya anak tidak bosan dan anak semngat untuk makan) 8. Menganjurkan memberikan makanan sedikit tapi sering.(seperti menganjurkan ibu klien untuk menyuapkan anaknya makan satu atau dua sendok	RR : 26 x/i BB : 19 Kg TB : 110 - Klien tampak sudah menghabiskan makanannya ½ porsi piring - Klien tampak tidaksusah lagi saat menelan makanan. - Klien tampak masih lemah dan lesu. A : masalah nutrisi teratasi P: intervensi di hentikan

				makan smapai habis.	
3	Jum'at, 08 Juni 2018.	3	10.00 wib 10.05 wib 10.15 wib 10.30 wib 10.40 wib 11.00 wib	1. Mempertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri. (memasang sampiran) 2. Mempatkan handuk,sabun,dan alat lainnya yang dibutuhkan klien. 3. Menyediakan lingkungan yang terapeutik,santai,hangat dan personal. 4. Memantau kebersihan kuku (untuk mencegah memperberat infeksi) 5. Memantau integritas kulit (seperti melihat apakah kulit klien tampak kering atau lembab) 6. Memantau hygine klien (seperti memantau kebersihan hygine bersih tau tidak)	S: - Ibu klien mengatakan klien sudah mulai bisa duduk sendiri. - Klien mengatakan sudah tidak ada gangguan dalam aktifitas. - Ibu klien mengatakan setiap bangun tidur An.S sudah mau di mandikan - Klien mengatakan kepalanya tidak tersasa gatal lagi. O: - Klien tampak sudah mampu duduk dan mampu berjalan k wc. - Badan klien tampak bersih - Kepala klien tampak bersih - ADL Tampak di bantu A: Masalah defisit perawatan diri teratasi. P: intervensi di hentikan.
4	Jum'at, 08 Juni 2018.	4	09.00 wib 9.15 wib	1. Monitor tekanan darah, suhu, nadi, dan tekanan darah (TD : 110/70 mmhg, Suhu : 36,4 ^{O} C, Nadi : 86 x/i, RR : 22 x/ i) 2. Memantau pemberian cairan IV (cairan infus D5 %	S: - Klien mengatakan letih sudah mulai berkurang. - Klein mengatakan badan sudah mulai segar kembali

			12.00 wib 12.15 wib 12.15 wib	pemberiannya 10 tetes/ menit) 3. Melakukan pemberian pemberian terapi. (pemberian injeksi ceftriacone 1x 1 mg dan pemberian paracetamol) 4. Memonitor balance cairan (menyakan berapa cairan masuk dan melihat berapa cc urin keluar) 5. Monitor masukan makanan (menyakan kepada ibu klien berapa porsi dalam sehari berapa sendok klien menghabiskan makan) 6. Mendorong keluarga untuk memantau makan (anjurkan ibu klien untuk memantau masukan makan klien)	O: - Mukosa bibir tampak kering. - Turgor kulit tampak lembab - Intake 810 - output 500 cc - infus di aff - kateter aff A: masalah resiko defisisit volume cairan teratasi. P: intervensi di hentikan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Selama penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada klien An. S dengan Diagnosa Infeksi Saluran Kemih Diruangan Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinnnggi pada tanggal 06-08 Juni 2018. Beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus keperawatan tersebut, penulis telah berusaha mencoba menerapkan dan mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan pada An. S dengan Diagnosa Infeksi Saluran sesuai dengan teori-teori yang ada. Untuk melihat lebih jelas Asuhan Keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan prosedur Keperawatan dimulai dari Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah merupakan tahap yang sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga, dan kelompok (Carpenito & Moyet, 2009).

Dalam melakukan pengkajian pada klien data yang didapatkan dari An.S beserta keluarga, dan catatan medis serta tenaga kesehatan lain.

a) Identitas klien

Dalam melakukan pengkajian kasus pada klien, penulis tidak kesulitan untuk mendapatkan data dari klien sendiri, karena klien bisa diaajak untuk berkomunikasi dan juga klien kooperatif apabila ditanya dan keluarga klien juga banyak memberikan informasi jika saat ditanya.

1) Keluhan utama

Pada keluhan utama dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan data pada saat dilakukan pengkajian. Pada konsep toeri keluhan klien biasanya berupa rasa sakit atau rasa panas di uretra sewaktu kencing dengan air kemih sedikit- sedikit serta rasa sakit tidak enak di suprapubik. Dan biasanya jika klien mengalami Infeksi Saluran kemih bagian atas keluhan klien biasanya sakit kepala, malaise, mual, muntah, demam, menggigil, rasa tidak enak atau nyeri pinggang.

Sedang pada tinjauan kasus keluhan utama klien yaitu urin tidak keluar sejak 1 hari yang lalu, dan nafsu makan dan minum menurun sejak 1 hari yang lalu, tidak BAB dan BAK sejak 1 hari yang lalu.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada tinjauan kasus saat dilakukan pengkajian klien mengatakan tidak ada menderita penyakit lain kecuali Infeksi Saluran Kemih, sedangkan pada konsep teoritis Riwayat kesehatan dahulu di temukan penyebab infeksi saluran kemih yaitu berapa lama infeksi sudah di alami klien.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Pada pengkajian riwayat kesehatan keluarga dari genogram keluarga tidak ada mengalami penyakit yang sama seperti yang diderita klien, karena dikonsep teoritis riwayat kesehatan keluarga yang biasanya dapat meperburuk keadaan klien akibat adanya gen yang membawa penyakit turunan seperti DM, hipertensi dll. Infeksi Saluran Kemih bukanlah penyakit turunan karena penyakit ini lebih disebabkan dari anatomi reproduksi, higiene seseorang dan gaya hidup seseorang, namun jika ada

penyakit turunan di curigai dapat memperburuk atau memperparah keadan klien, namun pada teori kasus tidak ada kelurga klien yang mengalami penyakit yang sama seperti yang diderita klien.

4) Data Psikologi

Pada tinjauan teori biasanya adanya kecemasan, mekanisme koping menurun dan kurangnya berinteraksi dengan orang lain sehubungan dengan proses penyakit. Pada data psikologis saat di lakukan pengkajian, ditemukan anak sangat rewel apabila ada perawat masuk ke dalam ruangan.

5) Pemeriksaam fisik.

1) Kesadaran

Secara teoritis biasanya kesadran klien dengan infeksi saluran kemih tidak terganggu, dan pada saat dilakukan pengkajian kesadaran klien di dpatakan 15 (E: 4, M: 6, V: 5), tidak terdapat kesenjangan secara teoritis dan tinjuan kasus.

2) Tanda – tanda vital

Secara teoritis biasanya klien dengan infeksi saluran kemih suhunya akan mengalami kenaikan > 37,5 °C, nadi > 80 x /menit dan pada saat dilakukan pengkajian suhu klien di dapatkan 36,4 °C dan nadi klien 86 x/menit, terdapat kesenjangan data secara teoritis dan tinjuan kasus.

3) Head to toe

a) Kepala dan leher

Secara teoritis yang di kaji bentuk, kebersihan, ada bekas trauma atau tidak, yang di dapatkan saat melakuakan pengkajian rambut klien tampak bersih, tidak kusam dan tidak terdapat lesi disekitar

kepala, tidak terdapat maslah di bagian kepala klien, tidak ada kesenjangan secara teoritis dan tinjuan kasus.

b) Mata

Secara teoritis umumnya bila terjadi hematuria kemungkinan mata anemis dan saat dilakukan pengkajian terdapat kesenjangan anatara teoritis dan tinjauan kasus dimana saat pengkajian mata klien tidak cekung, konjugtiva normal, pupil isokor, sklera tidak ikterik, tidak terdapat oedem.

c) Telingga, hidung, tenggorokan dan mulut.

Secara teoritis yang di kaji yaitu bentuk, kebersihan, fungsi indranya adanya gangguan atau tidak, biasanya pada klien dengan infeksi saluran kemih mukosa bibir klien akan kering dan lidah kotor. Dan pada saat dilakuakan pengkajian tidak terdapat gangguan namun pada pemeriksaan mulut, mukosa bibir klien tampak kering dan lidah kotor, jadi tidak terdapat kesenjangan secara teoritis dan tinjuan kasus.

d) Thorak dan abdomen

Secara teoritis biasa frekuensi pernafasan meningkat, abdomen biasanya nyeri tekan pada suprapubik dan ada distensi abdomen, pada saat dilakukan pengkajian thorak didapatkan (I: pergerkan dada simetris kiri dan kanan, tidak ada menggunakan otot bantu pernafasan, tidak menggunakan cuping hidung, pernafasan 22 x menit, P: Pergerakan dinding dada teratur, traktil fermitus sama, tidak ada nyeri tekan, P: Sonor, A: tidak ada suara tambahn, ronchi

-, wheezing -), pada abdomen bising usus klien 12 x menit yaitu tidak mengalami peningkatan dari bising usus P: nyeri pada saat di tekan, jadi tidak terdapat kesenjangan antara teoritis dan tinjuan kasus.

6) Pemeriksaan Penunjang

Pada tinjauan teoritis dilakukan pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaa dengan kultur organisme melalui urine, Pemeriksaan secara mikroskopik Pemeriksaan urinalisis. Sedangkan pada tinjaun kasus di lakukan pemeriksaan USG Abdomen dan Ginjal, pada pemeriksaan ini dapatkan hasilnya anuria positif. di lakukan pada tanggal 07 Juni 2018 dan juga dilakukan pemeriksaan PatBNO serta pemeriksaan laboratorium Yaitu seperti pemeriksaan darah lengkap penulis menukan hasil labor klien yang bermasalah yaitu leukosit klien tinggi dengan nilai 14.25 [10^3uL], sedangkan pada konsep teoritis normal leukosit yaitu 5000-10.00 [10^3uL], LED 20 [Mm/jam] sedangkan secara konsep normalnya L<10 dan pada pemeriksaan urin serta feses ditemukan hasil creatin rendah dengan jumlah 0.45 mg/dl sedangkan pada konsep teori normalnya 0.60-1.20 mg/dl dan hasil urea dalam rentang normal yaitu 20 mg/dl.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis mengenai pengalaman/respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan memberi dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil akhir sehingga perawat menjadi akuntabel

(NANDA (North American Nursing Dianosis Association), 2012). Pada tinjauan teoritis ditemukan 5 diagnosa Keperawatan sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan 4 diagnosa Keperawatan. Diagnosa keperawatan Infeksi saluran Kemih menurut teori (NANDA NIC NOC, 2015) yaitu:

a) Nyeri akut berhubungan dengan infeksi traktus urinarius. (Edisi jilid 2 NANDA NIC NOC hal. 306)
b) Hipertermi berhubungan dengan Proses penyakit (Edisi jilid 2 NANDA NIC NOC hal.273)
c) Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan obstruksi mekanik pada kandung kemih ataupun struktur traktus urinarius lain. (Edisi jilid 2 NANDA NIC NOC hal.259)
d) Resiko infeksi berhubungan dengan port de entry kuman. (Edisi jilid 2 NANDA NIC NOC hal.316)
e) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan mual, muntah. (Edisi jilid 2 NANDA NIC NOC hal.281)

Sedangkan pada kasus ditemukan 4 diagnosa Keperawatan yaitu :

a) Nyeri akut berhubungan dengan infeksi traktus urinarius. (Edisi jilid 2 NANDA NIC NOC hal. 306).

   Faktor pendukung diagnosa pertama yaitu, saat melakukan pengkajian pada Rabu 06 Juni 2018 pada An.S, pasien mengatakan nyeri pada saat berkemih dengan skla nyeri 5-6 klien juga mengeluh nyeri pada bagian perut dan pinggang. Pada pemeriksaan tekanan darah 110/70, Suhu 36,4 °C, Nadi 86 x/menit, dan klien tampak terpasang kateter output 300 cc, input 610 cc sedangkan hasil WBC: 14.25 10^3/Ul. Pada pemriksaan P,Q,R,S,T di

dapatkan yaitu P : Nyeri timbul saat kencing keluar Q : Seperti di tusuk-tusuk, R : Nyeri pada daerah perut di kuadran ke IV sebelah kanan bawah, S : Skala 5-6 T : ± 30 detik sampai 1 menit.

b) Resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi b/d intake tidak adekuat.(Edisi jilid 3 NANDA NIC NOC hal.294).

Faktor pendukung kedua yaitu, tentang resiko gangguan kebutuhan nutrisi saat melakukan pengkajian pada hari Rabu tanggal 06 Juni 2018 pada An.S, ibu klien mengatakan anaknya susah makan dan hanya menghabiskan 2 sendok makan saja dan klien juga mengeluh sakit saat menelan di karenakan tenggorokan sakit, Berat badan klien 19 kg, Tinggi Badan 110 cm. Faktor pendukung penulis mengangkat resiko gangguan kebutuhan nutrisi di karenakan berat badan klien tidak mengalami penurun, sehingga penulis bisa mengangkat diagnosa resiko gannguan pemenuhan kebutuhan nutrisi.

c) Defisit perawatan diri b/d kelemahan fisik. (Edisi jilid 2 NANDA NIC NOC hal.244).

Faktor pendukung ketiga yaitu, saat melakukan pengkajian pada hari Rabu tanggal 06 Juni 2018 pada An.S, ibu klien mengatakan semenjak masuk rumah sakit klien tidak ada di mandikan dan badan klien juga berbau dan kotor dan klien mengatakan kepala terasa gatal, aktivitas sehari-hari klien juga tampak di bantu.

d) Resiko difisit volume cairan b/d intake tidak adekuat. (Edisi jilid 2 NANDA NIC NOC hal.281).

Faktor pendukung keempat yaitu, saat melakukan pengkajian pada tanggal 06 Juni 2018 pada An.S, klien mengatakan badan terasa lemah dan letih, tekanan darah 110/70, suhu 36,4 °C, nadi 86 x/menit, intake 810 cc ouput 200 cc, klien terpasang infus D5% 10 tetes/menit, pada pemeriksaan fisik teori ditemukan mukosa bibir tampak kering, sehingga dari data diatas klien lebih fokus mengangkat diagnosa resiko defisit perawatan diri.

Diagnosa pada teori yang tidak ditemukan di kasus ada 2 diagnosa yaitu :

a) Hipertermi berhubungan dengan Proses penyakit (Edisi jilid 2 NANDA NIC NOC hal.273).

   Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini yaitu pada saat pengkajian pada hari Rabu 06 Juli 2018, pada An.S, klien mengatakan tidak merasakan deman dan badan klien juga tidak terasa panas, tidak mengalami peningkatan suhu tubuh, tidak mengalami kemerahan pada tubuh, alsan klien tidak mengangkat diagnosa ini karena penulis lebih fokus pada diagnosa infeksi.

b) Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan obstruksi mekanik pada kandung kemih ataupun struktur traktus urinarius lain. (Edisi jilid 2 NANDA NIC NOC hal.259).

   alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini Pada saat pengkajian pada hari Rabu 06 2018 pada An.S, klien tampak sudah terpasang kateter sehingga eliminasi urin tidak terganggu lagi.

4.3 Intervensi Keperawatan

Tahap perencanaan memberi kesempatan kepada perawat, klien, keluarga, dan orang terdekat klien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna

mengatasi masalah yang dialami klien.Perencanaan merupakan suatu petunjuk atau bukti tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosa keperawatan (Asmadi, 2008).

Dalam menyusun rencana tindakan Keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien.

a) Untuk Diagnosa pertama Nyeri akut berhubungan dengan traktus urinarius. rencana tindakan ada 16 perencanaan berdasarkan toeri adalah Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan factor presipitasi. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. Gunakan tehnik relaksasi : nafas dalam. Berikan analgesik dan antobiotik. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman (batasi pengunjung, ciptakan suasana yang tidak berisik). Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. Kurangi factor presipitasi nyeri. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi. Tingkatkan istirahat. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan,pencahayaan dan kebisingan. Lakukan pengkajian Tanda-tanda infeksi, Calor (panas), Dolor (rasa sakit/nyeri), Rubor (Kemerahan), Tumor (pembengkakan), Functiolaesa (danya perubahan fungsi). Lakukan

perawatan kateter. Anjurkan ibu atau keluarga klien untuk melakukan hand hygine. Anjurkan klien sering untuk mengganti celana dalam.

b) Untuk Diagnosa kedua

Untuk diagnosa keperawatan yang kedua yaitu resiko gangguan pemenuhan nutrisi berhubungan dengan intake tidak adekuat. Rencana yang akan di lakukan secara teori ada 9 yaitu, Kaji adanya alergi makanan, Kolaborasikan dengan ahli gizi tentang nutrisi yang dibutuhkan, Anjurkan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin C, Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori, Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan, Menjelaskan kepada klien tentang pentingnya makan bagi tubuh, Menganjurkan memberikan makanan ketika dalam keadaan hangat, Menganjurkan memberikan makanan dalam bentuk bervariasi, Menganjurkan memberikan makanan sedikit tapi sering.

c) Untuk Diagnosa ketiga

Untuk diagnosa yang ketiga yaitu Defisit perawatan diri b/d kelemahan fisik. Rencana yang akan lakukan ada 9 yaitu, Mempertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri. Mempertimbangkan ketika mempromosiksn aktivitas perawatan diri. Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya dedoran,sikat gigi , sabun mandi, sampo, lotion dan produk aroma terapi) Tempatkan handuk,sabun,dan alat lainnya yang dibutuhkan klien. Mempersiapkan sikat gigi dan membantu untuk menyikat gigi. menyediakan lingkungan yang terapeutik,santai,hangat dan personal. Memantau kebersihan kuku. Memantau integritas kulit. Memantau hygine klien.

d) Untuk Diagnosa ke empat

Resiko difisit volume cairan b/d intake tidak adekuat. Secara teori rencana yang akan di lakukan ada 11 yaitu, Monitor tekanan darah,suhu,nadi,dan tekanan darah. Kolaborasikan dalam pemberian cairan IV. Monitor status dehidrasi (kelembaban mukosa bibir, nadi adekuat, nadi,) jika di perlukan. Minitor vital sign. Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian. Dorong keluarga untuk mementau makan. Monitor status nutrisi. Dorong masukan oral. Kolaborasikan dengan dokter dalam pemberian terapi. Memantau tingkat Hb dan hematocrit. Monitor berat badan

4.4 Implementasi

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. (Asmadi, 2008).

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan pada klien terlebih dahulu melakukan pendekatan pada klien dan keluarga klien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui klien dan keluarga klien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

a) Untuk Diagnosa pertama

Nyeri secara teoritis rencana tindakan keperwatan ada 16 implementasi tapi yang dapat dilakukan penulis hanya 9 implementasi adalah Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi,

frekuensi, kualitas, dan factor presipitasi. (P : Nyeri timbul saat kencing keluar Q : Seperti di tusuk-tusuk, R : Nyeri pada daerah perut di kuadran ke IV sebelah kanan bawah, S : Skala 5-6 T : ± 30 detik sampai 1 menit). Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan (ekspresi wajah meringis). Menggunakan tehnik relaksasi : (nafas dalam.). Memberikan analgesik dan antibotik : (paracetamol dan ceftriacone). Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman (batasi pengunjung, ciptakan suasana yang tidak berisik). Melakukan pengkajian Tanda-tanda infeksi, Calor (panas), Dolor (rasa sakit/nyeri), Rubor (Kemerahan), Tumor (pembengkakan), Functiolaesa (danya perubahan fungsi). Melakukan perawatan kateter. (supaya tidak menambah infeksi). Menganjurkan ibu atau keluarga klien untuk melakukan hand hygine. (memekai handrap). Anjurkan klien sering untuk mengganti celana dalam (supaya tidak menambah atau memperberat infeksi).

b) Untuk Diagnosa kedua

resiko gangguan pemenuhan nutrisi berhubungan dengan intake tidak adekuat secara teoritis ada 9 perencanaan tetapi yang dapat dilakukan penulis ada 8 yang pertama adalah Mengkaji adanya alergi makanan. (seperti alergi udang, telur, dan ikan laut). Menantau tentang nutrisi yang dibutuhkan klien (menganjurkan makan makan nasi yang lunak). Menganjurkan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin C (anjurkan makan buah-buahan yang mengandung vitamin C seperti jeruk dan pisang). Memonitor jumlah nutrisi (menanyakan kepada klien dalam sehari berapa porsi yang dihabiskan). Menjelaskan kepada klien tentang pentingnya

makan bagi tubuh (menjelaskan jika klien tidak makan maka badannya akan terasa lemah). Menganjurkan memberikan makanan ketika dalam keadaan hangat.(supaya meningkatkan nafsu makan klien). Menganjurkan memberikan makanan dalam bentuk bervariasi.(supaya anak tidak bosan dan anak semngat untuk makan). Menganjurkan memberikan makanan sedikit tapi sering.(seperti menganjurkan ibu klien untuk menyuapkan anaknya makan satu atau dua sendok makan smapai habis.

c) Untuk Diagnosa ketiga

Defisit perawatan diri b/d kelemahan fisik, secara toeritis ada 9 perencana yang dapat penulis lakukan ada 6 implementasi yaitu, Mempertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri. (memasang sampiran). Mempatkan handuk,sabun,dan alat lainnya yang dibutuhkan klien. Menyediakan lingkungan yang terapeutik,santai,hangat dan personal. Memantau kebersihan kuku (untuk mencegah memperberat infeksi). Memantau integritas kulit (seperti melihat apakah kulit klien tampak kering atau lembab). Memantau hygine klien (seperti memantau kebersihan hygine bersih tau tidak)

d) Untuk Diagnosa keempat

Resiko difisit volume cairan b/d intake tidak adekuat secara teori rencana tindakam keperwatan ada 11 implementasi yang dapat dilakukan penulis hanya 6 implementasi yang dapat dilakukan yaitu, Monitor tekanan darah, suhu, nadi, dan tekanan darah (TD : 110/70 mmhg, Suhu : 36,4 ^{O}C, Nadi : 86 x/i, RR : 22 x/ i). Memantau pemberian cairan IV (cairan infus D5 % pemberiannya 10 tetes/ menit). Melakukan pemberian pemberian terapi.

(pemberian injeksi ceftriacone 1x 1 mg dan pemberian paracetamol). Memonitor balance cairan (menyakan berapa cairan masuk dan melihat berapa cc urin keluar). Monitor masukan makanan (menyakan kepada ibu klien berapa porsi dalam sehari berapa sendok klien menghabiskan makan). Mendorong keluarga untuk memantau makan (anjurkan ibu klien untuk memantau masukan makan klien).

Dalam melakukan rencana tindakan, penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti, hal ini disebabkan karena :

a. Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan Keperawatan.
b. Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya sehingga memudahkan dalam pemberian serta pelaksanaan tindakan Keperawatan.
c. Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melaukakan tindakan asuhan keperawatan.

4.5 Evaluasi

Dari 4 diagnosa Keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

Penulis mengevaluasi selam 3 hari berturut-turut dari tanggal 06 Juni 2018- 08 Juni 2018.

1) Pada Diagnosa Pertama yaitu, Nyeri akut berhubungan infeksi traktus urinarius.

   a) pada hari pertama evaluasi pada hari Rabu 06 Juni 2018 S: klien mengatakan nyeri saat berkemih dan nyeri pada bagian perut dan pinggang dengan skla 5-6, P : Nyeri timbul saat kencing keluar Q : Seperti di tusuk-tusuk, R : Nyeri pada daerah perut di kuadran ke IV sebelah kanan bawah, S : Skala 5-6 T : ± 30 detik sampai 1 menit. O: vital sign didapatkan tekan darah 110/70 suhu 36,4 °C Nadi 86 x/i dan pernafasan 22 x/i A: Nyeri akut berhubungan dengan infeksi traktus urinarius. P: intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9.

   b) pada pada hari kedua evaluasi S: klien mengatakan masih nyeri dengan skla 5-6, P : Nyeri timbul saat kencing keluar Q : Seperti di tusuk-tusuk, R : Nyeri pada daerah perut di kuadran ke IV sebelah kanan bawah, S : Skala 5-6 T : ± 30 detik sampai 1 menit. O: vital sign tekanan darah 110/70 dan nadi 78x/i suhu 36,4 °C pernafasan 24x/i A: Nyeri akut berhubungan dengan infeksi traktus urinarius. P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6,7,8,9.

   c) pada hari ketiga saat melakukan evaluasi S: Ibu klien mengatakan nyeri pada perut dan pinggang masih hilang timbul dengan skala 4-5 P : Nyeri timbul saat kencing keluar Q : Seperti di tusuk-tusuk, R : Nyeri pada daerah perut di kuadran ke IV sebelah kanan bawah, S : Skala 4-3 T : ± 30 detik sampai 1 menit. , O: Aff kateter, Klien tampak sakit

saat mau buang air kecil dengan skala nyeri 4-3, A: Maslah teratasi, P: intervensi dihentikan.

2) Pada Diagnosa Kedua yaitu Resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi b/d intake tidak adekuat.

   a) pada hari pertama S: ibu klien mengatakan klien nafsu makan berkurang, klien mengatakan tenggorokan terasa sakit saat menelan, O: hasil TTV klien yaitu Tekan Darah 110/70 nadi 86 x/i dengan suhu 36,4 °C BB 19 Kg TB 110 Cm , A: Resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi b/d intake tidak adekuat, P: intervensi dilanjutkan 1,3,4,6,7,8,9.

   b) pada hari kedua evaluasi S: ibu klien mengatakan nafsu makan masih menurun klien hanya makan 2 sendok teh saja dan klien juga mengatakan kerongkongannya masih sakit saat menelan, O: hasil TTV klien yaitu Tekan Darah 110/70 nadi 78 x/i dengan suhu 36,4 °C BB 19 Kg TB 110 Cm, A: Resiko gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi b/d intake tidak adekuat, P: intervensi di lanjutkan 1,3,4,6,7,8,9.

   c) sedangkan pada hari ketiga S: Ibu klien klien mengatakan sudah anaknya mampu menghabiskan makanan ½ porsi, O: klien tampak menghabiskan ½ porsi makan, klien tampak tidak sakit lagi saat menelan, A: Masalah teratasi P: intervensi di hentikan.

3) Pada Diagnosa Ketiga Defisit perawatan diri b/d kelemahan fisik.

   a) evaluasi pada hari pertama S: ibu klien mengatakan anaknya mengalami kesulitan saat bergerak dan klien juga tidak ada di

mandikan semenjak masuk rumah sakit, klien mengatakan kepala terasa gatal, O: badan klien tampak kotor dan berbau, aktifitas sehari-sehari klien tampak dibantu, A: Defisit perawatan diri b/d kelemahan fisik, P: intervensi di lanjutkan 1,2,3,4,5,6.

b) evaluasi pada hari kedua S: klien mengatakan masih tidak ada dimandikan, dan ADL masih tampak di bantu , klien mengatakan kepala masih terasa gatal, O: badan klien tampak kotor dan berbau, aktifitas sehari-sehari klien tampak dibantu, P: Defisit perawatan diri b/d kelemahan fisik, A: masalah teratasi 1,2,3,4,5,6.

c) evaluasi ketiga dianggap sudah teratasi karena klien mengatakan S: ibu klien mengatakan klien sudah sudah bisa duduk sendiri, ibu klien mengatakan setiap bangun pagi anaknya sudah mau di mandikan, ibu klien mengatakan kepalanya sudah tidak terasa gatal lagi, O: klien tampak sudah mampu duduk sendiri dan berjalan ke wc, A: masalah teratasi, P: intervensi di hentikan.

4) Pada Dignosa Keempat Resiko difisit volume cairan b/d intake tidak adekuat.

a) evaluasi hari pertama S: klien mengatankan badan terasa lemah dan letih sudah berkurang, O: hasil TTV klien yaitu Tekan Darah 110/70 nadi 86 x/i dengan suhu 36,4 °C dan klien juga terpasang infus D5 % 10 tts/m dan intake 810 cc output hanya 200 cc, A : Resiko difisit volume cairan b/d intake tidak adekuat, P: intervensi dilanjutkan 1,4,5,6.

b) evaluasi hari kedua S: klien mengatakan masih merasakan badan tersa lemah dan letih, O: hasil TTV klien yaitu Tekan Darah 110/70 nadi 86 x/i dengan suhu 36,4 °C dan masih terpsang infus D5% 10 tetes/menit serta masukan intake intake dan ouput yaitu intke 960 cc dan output 300 cc A: Resiko difisit volume cairan b/d intake tidak adekuat, P: intervensi dilanjutkan 1,4,5,6.

c) evaluasi hari ketiga S: klien mengatakan letih sudah berkurang, klien mengatakan badannya sudah terasa segar, O: intake 810 dan output 500cc dan infus dan kateter sudah dilepaskan A: masalah teratasi, P: Intervensi dihentikan.

BAB V

PENUTUP

5.1 KESIMPULAN

Dari pelaksanaan asuhan keperawatanyang telah dilakukan pada An.S dengan infeksi saluran kemih di ruang rawat inap anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 06 sampai 08 Juni 2018 dapat di simpulkan :

a) Pengkajian

   Pengkajian asuhan keperawatan pada klien dengan infeksi saluran kemih dapat dilakukan dengan baik dan tidak ada mengalami kesulitan dalam mengumpulkan data.

b) Diagnosa

   Pada diagnosa asuhan keperawatan pada klien dengan infeksi saluran kemih di dapat 4 diagnosa di tinjaun kasus.

c) Perencanaan asuhan keperawatan

   Perencanaan asuahn keperawatan pada klien dengan infeksi saluran kemih ada yang dapat di terapkan di rumah sakit dan ada yang tidak dapat di terapkan di rumah sakit.

d) Implementasi asuhan keperwatan

   Implementasi asuhan keperawatan pada klien dengan infeksi saluran kemih ada yang dapat dilakukan di rumah sakit dan ada yang tidak dapat dilakukan di rumah sakit di karenakan ada sebagian sudah di lakukan oleh perawat diruangan seperti pemasangan infus dan pemberian terapi.

e) Evaluasi

pada klien dengan infeksi saluran kemih dapat dilakukan dan dari 4 diagnosa tersebut semua masalah dapat teratasi dan pasien sudah di izinkan pulang oleh dokter.

5.2 SARAN

1) Bagi Penulis

Diharapkan bagi penulis agar dapat mencari tau memberikan lebih banyak lagi pengetahuan tentang infeksi saluran kemih sehingga penulis bisa memberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat mengenai infeksi saluran kemih, bagaimana penyebab dan juga cara pencegahan pada penyakit tersebut.

2) Bagi Instusi Pendidikan

Menjadi sumber referensi yang baik dalam memahami tentang infeksi saluran kemih dan juga menjadia acuan untuk Asuhan Keperawatan pasien dengan infeksi saluran kemih.

3) Bagi Rumah Sakit

Untuk mencegah meningkatnya infeksi saluran kemih sebaiknya pasien diberikan informasi yang memadai mengenai infeksi saluran kemih itu sendiri dan aspeknya. Dengan diperolehnya informasi yang cukup maka pencegahan dapat dilakukan dengan segera. Dan adapun untuk pasien yang telah mengalami atau menderita infeksi saluran kemih, maka harus segera dilakukan perawatan yang intensif.

DAFTAR PUSTAKA

Adriana. D. (2013). *Tumbuh Kembang & Terapi Bermain Pada Anak.* Jakarta: Selemba Medika.

Amin, Hardi. 2015. *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC – NOC*. Yogyakarta :Mediaction

Ardhiyand.S dan Habib,I. 2011. *Perbandingan Hasil Pemeriksaan Urinalisis Nitrit dengan Kultur Urin Sebagai Uji Diagnostik Infeksi Saluran Kemih (ISK) Pada Pasien Dengan Kateterisasi Uretra*. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

.

Asmadi. (2013*). Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC

Aulia,D., Lidya,A., 2014. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Edisi 6, Jilid 1, Internal Publishing. Jakarta.

Carpenito, Moyet. (2009). Buku saku diagnosa keperawatan. Jakarta: EGC.

Depkes RI. (2009). *Profil Kesehatan Indonesia* 2008. Jakarta.

Departemen Kesehatan RI 2014, *Waspada Infeksi Saluran Kemih*: http://www.depkes.go.id/index.php/wasada+infeksi+saluran+kemih/. Diakses tanggal 02 Maret 2016.

Digiulio, Mary ., dkk. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah* . Yogyakarta: KDT.

Hariyono, Rudi. 2012. *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Perkemihan*. Yogyakrta: KDT.

Hidayat A, Aziz (2008). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1*. Jakarta: Salemba Medika.

Lisa dan Suryanto. 2012. *Hubungan Kadar Leukosit Esterase Dengan Kadar Nitrit Di Urin Pada Pasien Klinis Infeksi Saluran Kemih* RS PKU Muhammadiyah, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah, Yogyakarta.

Marlina dan Samad,R.A., 2013. *Hubungan Pemasangan Kateter Dengan Kejadian Infeksi Saluran Kemih Pada Pasien Di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam*

Rsudza Banda Aceh. Jurnal Keperawatan Medikal Bedah . Volume 1, No. 1, Mei 2013; 35-47.

M. Rendy Clevo, Margareth TH. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam.* Nuha Medika.

Nanda, 2012. *Diagnosa Keperawatan* : Definisi dan Klasifikasi 2012-2014. *Buku Kedokteran* : EGC.

Nursalam, dkk. 2008. *Asuhan keperawatan bayi dan anak (untuk perawat dan bidan)* Edisi 1. Jakarta: Salemba Medika.

Nurarif .A.H. dan Kusuma. H. (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*.Jogjakarta: MediAction.

Purnomo, (2011). *Dasar-dasar urologi. Edisi Pertama.* Jakarta: CV.Sagung Seto.

Purnomo BB. 2012. *Buku kuliah dasar–dasar urologi*. *Edisi 3* Jakarta: CV Infomedika.

Radji,M. 2015. *Imunologi dan Virologi.* Edisi Revisi. Penerbit ISFI. Jakarta.

Roring,A.G., Umboh,A., Wilar,R. 2016. *Hubungan Enuresis dengan Kejadian Leukosituria pada Siswa Sekolah Dasar*. Jurnal e-clinic Volume 4 Nomor 1.

Soetjiningsih. 2012. *Perkembangan Anak dan Permasalahannya dalam Buku Ajar I Ilmu Perkembangan Anak Dan Remaja*. Jakarta :Sagungseto .

Sudoyo, Aru W., dkk. (2009). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam* Edisi kelima Jilid II. Jakarta: Interna Publishing.

Widagdo, 2012, *Masalah dan Tatalaksana Penyakit Anak dengan Demam*, Sagung Seto, Jakarta.

Wong, L. D. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik* Edisi. 6. Jakarta: EGC

World Health Organization (WHO). 2013. *Kesehatan Reproduksi Wanita Infeksi Saluran kemih (ISK).* Salemba Medika. Jakarta.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Penulis

Nama	: Cempaka
Tempat / Tanggal Lahir	: Koto Baru, 12 Agustus 1996
Agama	: Islam
Negeri Asal	: Solok
Jumlah Bersaudara	: 3 (orang) Orang
Anak Ke	: 4 (empat)
Alamat	:Jl. Lintas Solok Padang Koto Baru Kecamatan Kubung Kabupaten Solok

II. Nama Orang Tua

Ayah	: Basweri
Ibu	: Marlinda

III. Riwayat Pendidikan

1. SD N 13 koto baru : 2004-2009
2. MTsN Koto Baru Solok : 2009-2013
3. MAN 1 Kota Solok : 2013-2015
4. Program Studi DIII Keperawatan Stikes Perintis Padang Tahun 2015 Sampai Sekarang.

DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS
PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG
TA 2016/2017

NAMA MAHASISWA : CEMPAKA

NIM : 1514401003

RUANGAN : R. Anak

JUDUL STUDI KASUS : Asuhan Keperawatan pada an. S Dengan Gaga Ginjal Akut Di ruang Anak RSUP Bukittinggi Th 2018.

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1	Rabu 06/06/2018	07.00 WIB		12.00 WIB		
2	Kamis 07/06/2018	07.00 WIB		12.00 WIB		
3	Jumlat 08/06/2018	07.00 WIB		12.00 WIB		

Bukittinggi, 04 - Juni 2018

Ka Ruangan

(NS. Sugi Dewi Yanti, S.Kep.)

Preceptor

(NS. Endra Amalia S.Kep, M.Kep.)

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : CEMPAKA

Nim : 1514401003

Pembimbing : Ns. Susi Dewi Yanti, S.Kep

Juduk KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Infeksi Saluran Kemih Pada An.s Diruangan Anak Rumah Sakit Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi.

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Rabu 06/06/18	- Perbaikan Pengkajian - Perbaikan Dx - Perbaikan Dx Prioritas.	
2	Kamis 7/6-18	- Perbaikan Intervensi - Tambahan Dx.	
3	Jumat 8/06-18	- Perbaikan penulisan - tambahan Genogram sesuai saran	
4	Sabtu 09/06-18.	- Acc.	

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : CEMPAKA

Nim : 1514401003

Pembimbing :NS.Endra Amalia M.Kep

Juduk KTI Studi Kasus : Infeksi Saluran Kemih Pada An.s Diruangan Anak Rumah Sakit Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi.

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	7/6 2018	lengkapi pengkajian sesuai saran !	
2	8/6 2018	lengkapi lagi sesuai saran, kasus → ISK	
3	12/6 2018	perbaiki lagi Bab I-III sesuai saran !	
4	29/6 2018	perbaiki lagi bab I-IV sesuai saran !	
5	3/7 2018	perbaiki Bab III dan IV sesuai saran !	
7	9/7 2018	perbaiki kesimpulan sesuai saran !	
8	10/7 2018	ACC dijilid !	

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI REVISI

Nama Mahasiswa : CEMPAKA

Nim : 1514401003

Penguji 2 : Ns. Endra Amalia, M.Kep

Juduk KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Infeksi Saluran Kemih Pada An.s Diruangan Anak Rumah Sakit Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1	16/7-18	Perbaiki Sesuai Saran	
2	20/7-2018.	Acc dijilid	
3			
4			

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI REVISI

Nama Mahasiswa : CEMPAKA

Nim : 1514401003

Penguji 1 : Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed

Juduk KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Infeksi Saluran Kemih Pada An.S Diruangan Anak Rumah Sakit Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1	16/7-18.	[illegible]	[illegible]
2		[illegible]	
3	20/7-20	[illegible]	[illegible]
4			