

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS INFEKSI  
SALURAN KEMIH DI RUANG DII RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

**NUR ROHANA IRMAYANTI**

**NIM. 1920031**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2022**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS INFEKSI  
SALURAN KEMIH DI RUANG DII RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :**

**NUR ROHANA IRMAYANTI**

**NIM. 1920031**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2022**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 14 Februari 2022



**NUR ROHANA IRMAYANTI**

NIM. 1920031

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Nur Rohana Irmayanti  
NIM : 1920031  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada An. S Dengan Diagnosa Medis Infeksi Saluran Kemih Di Ruang DII Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)**

Surabaya, 14 Februari 2022

Pembimbing



Dwi Ernawati, S.Kep.,Ns., M.Kes

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 14 Februari 2022

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Nur Rohana Irmayanti

NIM : 1920031

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada An. S Dengan Diagnosa Medis Infeksi  
Saluran Kemih Di Ruang DII Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya,  
pada :

Hari, tanggal : 14 Februari 2022

Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
**AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Faridah, SST., M.Kes



Penguji II : Agustina S P, S.Kep .Ns



Penguji III : Dwi Ernawati, S.Kep.,Ns., M.Kes



Mengetahui,  
STIKES Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi D-III Keperawatan

Dya sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes.

NIP. 03.007

## **MOTO & PERSEMBAHAN**

**“ Jika kau tak mampu terbang, berlarilah. Jika kau tak mampu berlari, berjalanlah.**

**Jika kau tak mampu berjalan, merangkaklah. Setidaknya tetap berjalan maju  
meskipun harus merangkak ”**

**BTS - Not Today.**

Kupersembahkan Karya yang sederhana ini kepada :

1. Allah SWT atas segala limpahan rahmat, nikmat, dan karunianya sehingga saya diberikan kesehatan dan bisa menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Diri saya sendiri yang telah kuat secara fisik maupun mental dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
3. Kedua orang tua yang telah membesarkan, membimbing dan banyak memberi dorongan moral maupun materi kepadaku.
4. Kakak saya Aditya Moch. Nur Choiri yang selalu ada disaat aku membutuhkan.
5. Sahabat-sahabat saya tercinta yang selalu ada disaat suka maupun duka, menyemangati disaat saya sedang tidak baik-baik saja dan telah memberikan semangat untuk bisa menyelesaikan tugas akhir ini.
6. Kim Namjoon, Kim Seokjin, Min Yoongi, Jung Hoseok, Park Jimin, Kim Taehyung, Jeon Jungkook yang telah memberikan semangat kepada saya untuk meraih mimpi-mimpi saya, you guys healing me so much.
7. Teman-teman Mahasiswa Prodi DIII Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya angkatan 25.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Kol. Dr. Gigih Imanta J., So.PD., Finasim., M.M selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,sM.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami., S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Kepala Program Studi DIII Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Faridah, SST., M.Kes selaku penguji 1 yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Agustina S P, S.Kep.Ns selaku Penguji 2 dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Dwi Ernawati, S.Kep.,Ns., M.Kes selaku Penguji 3 dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga

administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.

8. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 14 Januari 2022



Nur Rohana Irmayanti

NIM.1920031

## DAFTAR ISI

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| HALAMAN JUDUL.....         | i   |
| SURAT PERNYATAAN.....      | ii  |
| HALAMAN PERSETUJUAN.....   | iii |
| HALAMAN PENGESAHAN.....    | iv  |
| MOTTO DAN PERSEMBAHAN..... | vi  |
| KATA PENGANTAR.....        | vii |
| DAFTAR ISI.....            | ix  |
| DAFTAR TABEL.....          | xi  |
| DAFTAR LAMPIRAN.....       | xii |
| DAFTAR SINGKATAN.....      | xiv |

### **BAB 1 PENDAHULUAN**

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1.1 Latar Belakang.....        | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah.....       | 2 |
| 1.3 Tujuan Penulisan.....      | 3 |
| 1.4 Manfaat Penulisan.....     | 3 |
| 1.5 Metode Penulisan.....      | 4 |
| 1.6 Sistematika Penulisan..... | 5 |

### **BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| 2.1 Konsep Penyakit.....         | 7  |
| 2.1.1 Pengertian.....            | 7  |
| 2.1.2 Etiologi.....              | 8  |
| 2.1.3 Manifestasi Klinis.....    | 9  |
| 2.1.4 Patofisiologi.....         | 9  |
| 2.1.5 Diagnosa Banding.....      | 10 |
| 2.1.6 Komplikasi.....            | 11 |
| 2.1.7 Pemeriksaan Penunjang..... | 11 |
| 2.1.8 Pencegahan.....            | 12 |
| 2.1.9 Penatalaksanaan.....       | 12 |

|  |    |
|--|----|
| 2.1.10 Dampak Masalah.....   | 13 |
| 2.2 Konsep Anak.....   | 13 |
| 2.2.1 Pengertian Tumbuh Kembang.....                                   | 13 |
| 2.2.2 Tahap Tumbuh Kembang Anak.....                                   | 14 |
| 2.2.3 Tumbuh Kembang Anak Usia 6 Tahun.....                            | 15 |
| 2.3 Hospitalisasi.....   | 16 |
| 2.4 Imunisasi.....   | 18 |
| 2.4.1 Pengertian.....  | 18 |
| 2.4.2 Lokasi Pemberian.....  | 18 |
| 2.4.3 Jenis Vaksin.....  | 19 |
| 2.5 Nutrisi Pada Anak Sekolah.....                                     | 21 |
| 2.5.1 Pengertian.....  | 21 |
| 2.5.2 Tujuan Pemberian Nutrisi.....                                    | 21 |
| 2.5.3 Karakteristik Terkait Dengan Pemenuhan Kebutuhan<br>Nutrisi..... | 21 |
| 2.6 Asuhan Keperawatan.....  | 22 |
| 2.6.1 Pengkajian.....  | 22 |
| 2.6.2 Diagnosa Keperawatan.....  | 27 |
| 2.6.3 Intervensi Keperawatan.....                                      | 28 |
| 2.6.4 Implementasi Keperawatan.....                                    | 32 |
| 2.6.5 Evaluasi Keperawatan.....  | 32 |
| 2.7 Kerangka Masalah.....  | 33 |
| <b>BAB 3 TINJAUAN KASUS</b>  |    |
| 3.1 Pengkajian.....  | 34 |
| 3.2 Analisa Data.....  | 44 |
| 3.3 Prioritas Masalah.....   | 46 |
| 3.4 Rencana Keperawatan.....   | 47 |
| 3.5 Tindakan Keperawatan.....  | 51 |

## **BAB 4 PEMBAHASAN**

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| 4.1 Pengkajian.....           | 69 |
| 4.2 Diagnosa Keperawatan..... | 71 |
| 4.3 Perencanaan.....          | 72 |
| 4.4 Pelaksanaan.....          | 74 |
| 4.5 Evaluasi.....             | 75 |

## **BAB 5 PENUTUP**

|                   |    |
|-------------------|----|
| 5.1 Simpulan..... | 76 |
| 5.2 Saran.....    | 79 |

## **DAFTAR PUSTAKA..... 80**

|               |    |
|---------------|----|
| Lampiran..... | 81 |
|---------------|----|

## **DAFTAR TABEL**

|  |    |
|--|----|
| Tabel 3.2 Analisa Data.....                                  | 43 |
| Tabel 3.3 Prioritas Masalah.....                             | 45 |
| Tabel 3.4 Rencana Keperawatan.....                           | 46 |
| Tabel 3.5 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan..... | 51 |

## DAFTAR LAMPIRAN

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| Lampiran 1 leaflet ISK..... | 86 |
|-----------------------------|----|

## DAFTAR SINGKATAN

|      |                                     |
|------|-------------------------------------|
| An   | : Anak                              |
| ASI  | : Air Susu Ibu                      |
| BAB  | : Buang Air Besar                   |
| BAK  | : Buang Air Besar                   |
| BB   | : Berat Badan                       |
| BCG  | : Bacillus calmett Guerin           |
| °C   | : Derajat Celcius                   |
| cc   | : Centimeter Cubik                  |
| Cm   | : Centimeter                        |
| CT   | : Computerized Tomography           |
| DL   | : Darah Lengkap                     |
| DO   | : Data Objektif                     |
| DS   | : Data Subjektif                    |
| DPT  | : Difteria Pertusis Tetanus         |
| GCS  | : Glasgow Coma Scale                |
| Hb   | : Hepatits B                        |
| Hib  | : Haemophilus influenza tipe B      |
| Ics  | : Intercosta                        |
| IGD  | : Instalasi Gawat Darurat           |
| IPV  | : Inactivated Poliomyelitis vaccine |
| ISK  | : Infeksi saluran Kemih             |
| Iv   | : Intravena                         |
| Ka   | : Ketua                             |
| Kg   | : Kilogram                          |
| Kkal | : Kilokalori                        |
| LBP  | : Lapang Pandang Besar              |
| Mg   | : Miligram                          |
| MK   | : Masalah Keperawatan               |
| MI   | : Mililiter                         |
| MMR  | : Mumps, Measles dan Rubella        |

|          |  |
|----------|--|
| OPV      | : Oral Poliomyelitis                       |
| PCT      | : Procalcitonin                            |
| PEWS     | : Pediatric Early Warning Sign             |
| Prodi    | : Program studi                            |
| RR       | : Respiration Rate                         |
| RSUD     | : Rumah Sakit Umum Daerah                  |
| RSPAL    | : Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut          |
| RUMKITAL | : Rumah Sakit Angkatan Laut                |
| S1 S2    | : Suara 1 Suara 2                          |
| SDKI     | : Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia   |
| SLKI     | : Standar Luaran Keperawatan Indonesia     |
| SIKI     | : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia |
| STIKES   | : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan            |
| TB       | : Tinggi Badan                             |
| TBC      | : Tuberculosis                             |
| Th       | : Tahun                                    |
| TTV      | : Tanda Tanda Vital                        |
| UL       | : Urin Lengkap                             |
| USG      | : Ultrasonografi                           |
| WIB      | : Waktu Indonesia Barat                    |

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Infeksi saluran kemih (ISK) adalah infeksi terbesar ke 2 sesudah infeksi saluran pernafasan serta bisa mengakibatkan sepsis (WHO, 2013). Prevalensi infeksi saluran kemih Indonesia masih relatif tinggi. sesuai data Departemen Kesehatan Republik Indonesia, penderita Infeksi Saluran Kemih pada Indonesia berjumlah 90 –100 masalah per 100.000 penduduk pertahun atau kurang lebih 180.000 masalah baru pertahun (Depkes RI, 2014). Infeksi Saluran Kemih bisa menyerang segala usia mulai bayi sampai lansia baik wanita juga laki –laki (Purnomo, 2009). Penyebab infeksi saluran kemih ialah adanya invasi serta perkembangbiakan mikroorganismenya ke pada saluran kemih pada jumlah yang bermakna ( $\geq 10^5$  per mililiter urin) (Marlina dan Samad, R.A 2012).

Bakteri gram negatif sebagian besar sebagai penyebab infeksi saluran kemih antara lain *Escherichia coli*, *Enterobakter*, *Citrobakter*, *Klebsiella*, serta *Proteus* (Aulia, D dan Lydia, A. 2014). Bakteri pada urin dianggap menggunakan bakteriuria bisa dideteksi secara seksama menggunakan kultur urin, tetapi pengerjaannya membutuhkan waktu yang relatif lama sebagai akibatnya diperlukan parameter lain berupa nitrit urin (Lisa dan Suryanto, 2012). Bakteri gram negatif mereduksi nitrat sebagai nitrit menggunakan bantuan enzim reduktase sesudah bakteri mengkontaminasi urin minimal selama 4 jam (Aulia, D dan Lydia, A. 2014).

Bakteri memiliki faktor virulensi khusus buat menginfeksi uroepitel dianggap menggunakan bakteri uropatogen serta selanjutnya akan menembus jaringan di saluran kemih mengakibatkan kerusakan jaringan serta infeksi sebagai akibatnya respon pertahanan tubuh teraktivasi. Kiprah sistem imun pada melawan infeksi mikroorganismenya antara lain melalui aktivasi serta mobilisasi sel polimorfonuklear serta makrofag ke daerah infeksi. Hal tadi

mengakibatkan adanya peningkatan jumlah leukosit yang artinya barrier pertahanan tubuh ke asal infeksi (Radji, M, 2015). Peningkatan jumlah leukosit yg melebihi nilai normal bisa ditemukan pada urin serta dianggap menggunakan leukosituria. Leukosituria dipergunakan menjadi keliru satu penanda adanya infeksi atau peradangan di saluran kemih yang mencakup ginjal, ureter, kandung kemih, serta uretra (Roring,A.Gdkk, 2016).Leukosituria bisa pada deteksi keliru satunya melalui investigasi mikroskopik. Jumlah leukosit urin disebut bermakna bila ditemukan > lima leukosit per lapang pandang besar (LPB) (Haris,S dkk,2012).

Akibat asal infeksi saluran kemih akan mensugesti tumbuh kembang di anak. Upaya buat mengurangi infeksi saluran kemih pada penanganan problem tergantung di kolaborasi yang baik anantara perawat, pasien, serta keluarga. Maka perawatan di penderita yang bisa di berikan secara komprehensif yaitu membatasi aktifitas selain itu tindakan yang lain bisa dilakukan yaitu pengaturun pola makan, mempertahankan cairan tubuh, menggunakan menerapkan pola kehidupan yang sehat, teratur serta seimbang mulai dari asuhan pola makan, gaya hidup, norma keseharaian yang dilakukan, olahraga dsb menjadi penunjang pemeliharaan kesehatan. (Bayar, 2018)

Solusi untuk mencegah infeksi saluran kemih diantaranya yang dapat dilakukan adalah Tak menunda kencing, Selalu membersihkan area kemaluan dari depan ke belakang sehabis berkemih, Minum banyak air, Jangan menggunakan celana dalam selama sehari-hari dan Jangan memakai pakaian bawahan yang ketat sebab akan mempertinggi kelembapan.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut asal perawatan penyakit ini, maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan Asuhan keperawatan pada klien dengan Infeksi Saluran Kemih menggunakan rumusan masalah menjadi berikut “Bagaimanakah

asuhan keperawatan anak dengan infeksi saluran kemih pada Ruang DII Anak RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa infeksi saluran kemih di Ruang DII Anak RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengkaji klien dengan diagnosa infeksi saluran kemih di Ruang DII Anak RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan diagnosa infeksi saluran kemih di Ruang DII Anak RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa infeksi saluran kemih di Ruang DII Anak Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa infeksi saluran kemih di Ruang DII Anak Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi klien dengan diagnosa infeksi saluran kemih di Ruang DII Anak Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa infeksi saluran kemih di Ruang DII Anak Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

### **1.4 Manfaat**

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien infeksi saluran kemih

2. Secara praktis tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa infeksi saluran kemih dengan baik.

b. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa infeksi saluran kemih

c. Bagi Profesi Kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa infeksi saluran kemih

## **1.5 Metode penulisan**

### **1.5.1 Metode**

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya menyampaikan insiden atau tanda-tanda yang terjadi di waktu kini yang mencakup studi kepustakaan yang mengkaji, mengumpulkan, membahas data, menggunakan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

### **1.5.2 Teknik Pengumpulan Data**

1. Wawancara

Data diambil/ diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

## 2. Observasi

Data yang diperoleh melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap, dan perilaku pasien.

## 3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

### **1.5.3 Sumber Data**

#### 1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

#### 2. Data sekunder Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

### **1.5.4 Studi Kepustakaan**

Studi kepustakaan yaitu mempelajari dari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

## **1.6 Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat, penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa infeksi saluran kemih serta kerangka

masalah

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnose perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab dua ini akan diuraikan secara teoritis tentang konsep penyakit serta asuhan keperawatan anak infeksi saluran kemih. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, serta cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan persoalan-persoalan yang ada di penyakit infeksi saluran kemih menggunakan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, serta evaluasi.

#### **2.1 Konsep Penyakit**

##### **2.1.1 Pengertian Infeksi Saluran Kemih**

Infeksi Saluran Kemih (ISK) merupakan keadaan adanya infeksi yang ditandai menggunakan pertumbuhan serta perkembangbiakan bakteri pada saluran kemih, mencakup infeksi pada parenkim ginjal hingga kandung kemih dengan jumlah bakteriuria yang bermakna (Hastuti dan Sjaifullah, 2016).

Infeksi Saluran Kemih (ISK) adalah kata awam untuk menyatakan adanya pertumbuhan bakteri pada saluran kemih, mencakup infeksi pada parenkim ginjal hingga infeksi pada kandung kemih. Pertumbuhan bakteri yang mencapai  $> 100.000$  unit koloni per mililiter urin segar pancar tengah (midstream urine) pagi hari, dipergunakan menjadi batasan diagnosa ISK (IDI, 2011).

Jadi infeksi saluran kemih adalah suatu infeksi pada saluran perkemihan yang disebabkan oleh mikroorganisme patogen yang ditandai terdapatnya  $10^5$  /ml bakteri patogen dalam urine seseorang. (Jeklin, 2016)

### 2.1.2 Etiologi

Menurut sumber Aru S, dkk (2009) berkata etiologi asal infeksi saluran kemih penyebab terseringnya ialah E.coli . Penyebab lain merupakan klebsiela, enterobakteri, pseudomonas, streptokok, serta stafilokok.

1. Jenis-jenis mikroorganisme yang mengakibatkan ISK, diantaranya :
  - a. Escherichia Coli : 90% penyebab ISK uncomplicated( simple )
  - b. Pseudomonas, proteus, Klebsiella : penyebab ISK complicated
  - c. Enterobacter, staphylococcus epidemidis, enterococci, serta lain-lain
2. Prevalensi penyebab ISK di usia lanjut, diantaranya :
  - a. Residu urin pada kandung kemih yang semakin tinggi dampak pengosongan kandung kemih yang kurang efektif.
  - b. mobilitas menurun
  - c. Nutrisi yang seringkali kurang baik
  - d. Hygiene buruk
  - e. Adanya kendala di peredaran darah
  - f. Obstruksi aliran urin

Banyak sekali jenis organisme bisa mengakibatkan Infeksi Saluran Kemih, Escherichia coli (80% perkara) serta organisme enterik gram-negatif lainnya artinya organisme yg paling sering mengakibatkan ISK kumankuman ini umumnya ditemukan pada wilayah anus serta perineum. Organisme lain yang mengakibatkan ISK diantaranya Proteus, Pseudomonas, Klebsiella, Staphylococcus aureus, Haemophilus, serta Staphylococcus koagulsenegatif. Beberapa faktor mengakibatkan keluarnya Infeksi Saluran Kemih pada masa kanak-kanak (Wong, 2008).

### **2.1.3 Manifestasi Klinik**

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

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

### **2.1.4 Patofisiologi**

Ada dua jalur utama terjadinya ISK, ascending dan hematogen.

1. Secara ascending yaitu:
  - a. Masuknya mikroorganisme pada kandung kemih, diantaranya: factor anatomi dimana pada perempuan mempunyai uretra yang lebih pendek daripada laki-laki sebagai akibatnya peristiwa terjadinya ISK lebih tinggi, factor tekanan urine ketika miksi, kontaminasi fekal, pemasangan alat ke dalam traktus urinarius (investigasi sistoskopik, pemakaian kateter).
  - b. Naiknya bakteri dari kandung kemih ke ginjal
2. Secara hematogen yaitu:

Tak jarang terjadi di pasien yang system imunnya rendah sebagai akibatnya mempermudah penyebaran infeksi secara hematogen terdapat beberapa hal yang mensugesti struktur serta fungsi ginjal sebagai akibatnya mempermudah penyebaran

hematogen, yaitu: adanya bendungan total urine yang menyebabkan distensi kandung kemih, bendungan intrarenal dampak jaringan parut, serta lain-lain.

Glikosaminoglikan adalah anti-lekat bakteri, sebagai akibatnya bakteri tak mampu menempel di dinding-dinding saluran perkemihan serta kandung kemih. tetapi sebab glikosaminoglikan terganggu kegunaannya oleh agen eksklusif mirip siklamat, aspartat, sakarin, serta metabolit triptopan maka glikosaminoglikan tak menjadi anti-lekat yang tepat.

Refluks uretrovesikal adalah sirkulasi kembali urin dari uretra ke kandung kemih. saat mengejan vesika urinaria akan berkontraksi sebagai akibatnya mendorong urin menuju uretra, tetapi saat terselesaikan mengejan urin kembali dari uretra ke vesika urinaria. dengan baliknya urin ke vesika urinaria, bakteri yang ada di anterior uretra masuk ke pada saluran kencing.

Obstruksi sirkulasi urin yang terletak disebelah proksimal dari vesika urinaria bisa menyebabkan penimbunan cairan bertekanan di pelvis ginjal serta ureter. Hal ini menyebabkan atrofi di parenkim ginjal (hidronefrosis) yang ditimbulkan sang jaringan parut di vesika urina ginjal serta uretra, batu ginjal, neoplasma, hipertrofi prostat. Tersumbatnya sirkulasi urin menyebabkan bakteri pathogen berkembang biak pada saluran kencing sebagai akibatnya akan menginfeksi seluran kencing tadi.

### **2.1.5 Diagnosa Banding**

1. Demam pada neonatus dan anak usia muda
2. Nefrolitiasis

### **2.1.6 Komplikasi**

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

#### **1. Pyelonefritis**

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

#### **2. Gagal Ginjal**

Terjadi pada saat yang lama serta Jika infeksi seringkali berulang atau tak diobati dengan tuntas sebagai akibatnya mengakibatkan kerusakan ginjal baik secara akut serta kronik.

### **2.1.7 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 imunofluoresen.
2. Pemeriksaan USG ginjal atau kandung kemih : Transmisi gelombang ultrasonic melalui parenkim ginjal, pada sepanjang saluran ureter serta pada wilayah 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 serta sensitivitas urine : Pengumpulan specimen steril investigasi urinalisasi bisa di temukan protenuria, leukosituria, (Leukosit >5/LPB), Hematuria (eritrosit >5/LPB).

### 2.1.8 Pencegahan

1. Tak menunda kencing;
2. Selalu membersihkan area kemaluan dari depan ke belakang sehabis berkemih
3. Minum banyak air;
4. Jangan menggunakan celana dalam selama sehari-hari; dan
5. Jangan memakai pakaian bawahan yang ketat sebab akan mempertinggi kelembapan

### 2.1.9 Penatalaksanaan

1. Keperawatan
  - a. Mengobservasi TTV pasien tiap 6 jam.
  - b. Menganjurkan untuk tak jarang minum serta BAK sesuai kebutuhan untuk membilas microorganisme yang mungkin naik ke uretra.
  - c. Mengkaji skala nyeri pasien dengan metode PQRST.
  - d. Mengajarkan teknik manajemen nyeri distraksi (menonton TV, mengobrol) dan relaksasi (nafas dalam).
  - e. Memberikan *health education*.
  - f. Mengukur dan catat pengeluaran urine setiap kali berkemih.
2. 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 menggunakan takaran rendah satu kali sehari sebelum tidur pada saat 3 – 6 bulan atau lebih ini adalah pengobatan lanjut Jika terdapat komplikasi lebih lanjut.

b. Analgetik dan Anti spasmodic

Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh penderita

c. Obat golongan Venozopyridine : Pyridium.

Untuk meredakan gejala iritasi pada saluran kemih

### **2.1.10 Dampak Masalah**

1. Pyelonefritis

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

2. Gagal Ginjal

Terjadi pada saat yang lama serta Jika infeksi seringkali berulang atau tak diobati dengan tuntas sebagai akibatnya mengakibatkan kerusakan ginjal baik secara akut serta kronik.

## **2.2 Konsep Anak**

### **2.2.1 Pengertian Tumbuh Kembang**

Bertumbuh artinya perubahan fisik yang dengan praktis bisa diukur. Berkembang artinya bertambahnya kemampuan struktur serta fungsi tubuh menjadi lebih kompleks. Pertumbuhan artinya terjadinya perubahan yang bersifat kuantitatif, yang bisa diukur. Titik beratnya ada di fisik. Pertumbuhan Anak Anda mampu dipantau menggunakan pengukuran tinggi badan, lingkaran kepala, berat badan, serta berukuran ang standart yang sudah disepakatai secara internasional. Adapun perkembangan artinya terjadinya penambahan kemampuan struktur serta fungsi tubuh yang sangat kompleks, Misalkan Anak Anda telah

berjalan serta berbicara. Sedangkan Perkembangan diamati dari bagaimana cara bermain, belajar, berbicara, serta pula bersikap. (Seefeldt, Wasik, & Seefeldt, 2006).

Pertumbuhan dan perkembangan Anak dipengaruhi banyak faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yang terjadi pada anak kita meliputi jenis kelamin, usia, perbedaan ras, genetik, dan kromosom. Adapun faktor eksternal terdiri dari keadaan lingkungan sosial, nutrisi, ekonomi, dan stimulasi psikologis. Perkembangan anak sudah menjadi bidang ilmu yang luas dan kompleks. Perkembangan merupakan suatu proses halus dan berkesinambungan atau kontinu yakni sebuah proses penambahan yang bertahap terhadap suatu keterampilan yang sama yang pernah digunakan sejak dulu (Nahriyah, 2017)

### **2.2.2 Tahap tumbuh kembang anak**

1. Masa Bayi serta Balita: 2 Tahun Pertama, di fase ini, bayi mempunyai perkembangan fisik. Tumbuh kembang bayi sangat cepat tiap bulannya, baik penambahan berat badan juga panjang badan.
2. Masa Kanak-kanak Awal: Usia 2 hingga Enam Tahun. sesuai teori kognitif Piaget, maka perkembangan kognitif di masa kanak-kanak awal dianggap pra-operasional serta suatu tahapan yang berlangsung antara usia 2-7 tahun. di tahapan ini, Piaget membaginya lagi menjadi 2 bagian, yaitu : Umur 2 - 4 tahun, Umur 4-7 tahun.
3. Masa Kanak-kanak Peertengahan: Usia Enam hingga Sebelah Tahun. Anak- anak usia sekolah melanjutkan pertumbuhan lambat serta teratur yang mereka perlihatkan diusia kanak-kanak awal. Tapi, kurang lebih di usia 9 tahun, anak wanita mulai tumbuh lebih cepat dibanding laki-laki.
4. Masa Remaja: Transisi menuju Dewasa. Perubahan pubertas bersifat dramatis. pada beberapa tahun, tubuh seseorang anak usia sekolah berubah sepenuhnya sebagai tubuh orang dewasa. Proses hormonal-genetikal mengatur pertumbuhan

pebertas. Anak wanita yang lebih maju pada kematangan fisik semenjak masa kehamilan, homogen-homogen mencapai masa pubertas 2 tahun mendahului laki-laki ( Nahriyah, 2017)

### **2.2.3 Tumbuh Kembang Anak Usia 6 Tahun**

Perkembangan fisik pada masa ini lambat serta relatif seragam sampai mulai terjadi perubahan-perubahan pubertas. Peningkatan berat badan anak lebih banyak daripada panjang badannya. Peningkatan berat badan anak selama masa ini terjadi terutama karena bertambahnya ukuran sistem rangka serta otot, serta berukuran beberapa organ tubuh (Wong, 2008).

#### **1. Perkembangan motorik kasar**

Anak mulai bisa berlari dan melompat. bahkan, anak mulai bisa berjoget sesuai menggunakan irama musik yang didengarnya. anak juga mulai mampu melempar serta menangkap bola sesuai dengan sasaran.

#### **2. Perkembangan motorik halus**

Anak jadi senang melakukan aktivitas mirip menggambar dan menulis waktu berada di dalam tempat tinggal.

#### **3. Perkembangan bahasa**

Bisa merangkai kalimat sederhana, sekitar mengandung lima sampai tujuh istilah, bisa mengikuti tiga perintah secara berurutan, mulai tahu bahwa terdapat beberapa istilah yang mempunyai lebih dari satu makna, mulai banyak membaca buku yang sesuai memakainya, mulai memiliki preferensi terhadap tontonan, bacaan, dan kegiatan lainnya, telah mulai bisa mengeja serta sudah mampu menulis.

#### 4. Perkembangan fisik

Tinggi badan anak biasanya meningkat sampai 5-6 sentimeter (cm), berat badan anak umumnya naik 2-3 kilogram, rasa peka terhadap gambaran tubuh mulai terbentuk, kemampuan koordinasi antara ke 2 tangan serta mata mulai meningkat, gigi susu anak lepas satu per satu, gigi geraham anak mulai tumbuh.

#### 5. Perkembangan Kognitif

Telah mampu memberi tahu anda berapa usianya, mampu menghitung dan tahu konsep angka, mampu memberikan apa yang dipikirkannya melalui kata-kata yang praktis dimengerti, paham korelasi antara karena dan akibat, mulai tahu konsep waktu, sebagai akibatnya bisa membedakan siang serta malam, mampu mendengarkan apa yang disampaikan oleh orang lain, mulai mampu melakukan tugas yang diberikan di sekolah, baik sendiri pula beserta dengan sahabat, semakin banyak berpenasaran tentang hal di sekitarnya, karena rasa bertanya-tanya anak mulai semakin tinggi.

### **2.3 Hospitalisasi**

Wong (2009), mengungkapkan bahwa hospitalisasi artinya keadaan krisis di anak waktu anak sakit serta dirawat pada rumah sakit, sebagai akibatnya wajib mengikuti keadaan dengan lingkungan rumah sakit. sesuai pengamatan peneliti terhadap anak serta orang tua pada RSUD Kelas B Cianjur, lingkungan rumah sakit yg asing, alat-alat medis yg menyeramkan serta mekanisme medis yang menyakitkan tak jarang sebagai ilustrasi hospitalisasi. insiden ini bisa sebagai hal traumatis bagi anak yang tampak kentara di reaksi anak.

Hospitalisasi artinya suatu proses oleh sebab suatu alasan yang berencana atau darurat mengharuskan anak untuk tinggal pada rumah sakit menjalani terapi serta perawatan hingga pemulangnya kembali ke rumah. (Apriany, 2013)

1. Masa toddler (1-3 tahun)

Reaksi sesuai sumber stress/utama perpisahan. Respon perilaku ada 3 macam :

- a. Protes atau menangis bertenaga, menjerit memanggil orang tua, menolak perhatian yang diberikan orang lain.
- b. Putus asa atau menangis berkurang, anak tidak aktif, kurang minat untuk bermain dan makan, sedih dan apatis.
- c. Pengingkaran secara samar mulai menerima perpisahan membina hubungan secara dangkal dan anak mulai terlihat menyukai lingkungan.

2. Masa Prasekolah (3-6 tahun)

Reaksi terhadap perpisahan :

- a. Menolak makan
- b. Menangis pelan
- c. Sering bertanya
- d. Tidak kooperatif
- e. Kehilangan control, pembatasan aktifitas sehari-hari serta kehilangan kekuatan dari dirawat artinya eksekusi/memalukan, bersalah, takut terhadap perlukaan/menduga tindakan serta mekanisme anak mengancam hubungan atau motilitas aktualisasi diri lisan dependent.

Banyak sekali macam perasaan timbul di orang tua yaitu takut rasa bermasalah, tertekan serta cemas. Rasa takut di orang tua selama anak pada rumah Sakit terutama di kondisi sakit anak yang terminal, sebab takut kehilangan anak yang di cintainya serta adanya perasaan berduka

Perasaan orang tua tak boleh diabaikan sebab jika orang tua merasa stress hal ini akan menghasilkan dia tak bisa merawat anaknya dengan baik serta akan mengakibatkan anak menjadi tertekan

## **2.4 Imunisasi**

### **2.4.1 Pengertian**

Imunisasi artinya suatu cara untuk menyebabkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sebagai akibatnya Jika kelak dia terpapar dengan penyakit tadi tak akan sakit atau sakit ringan. Pengertian dari imunisasi dasar artinya pemberian imunisasi awal untuk mencapai kadar kekebalan diatas ambang proteksi. Kelengkapan imunisasi dasar terutama ditujukan di bayi usia 1 tahun. Bila kekebalan seorang terhadap penyakit eksklusif diperoleh sebab pernah menderita penyakit khusus atau sudah menerima suntikan vaksin/pemberian vaksin khusus maka dia bisa dianggap sudah menerima imunisasi (Widyani, 2011)

### **2.4.2 Lokasi Pemberian**

#### **1. Oral**

Melalui mulut diberikan secara oral pada jenis vaksin polio OPV (oral poliomyelitis), polio IPV (Inactivated Poliomyelitis Vaccine).

#### **2. Intrakutan**

Diberikan intrakutan pada regio deltoid kanan jenis vaksin BCG

#### **3. Subkutan**

Pada lengan atas belakang jenis vaksin Campak dan MMR

#### **4. Intramuskuler**

Hepatitis B pada wilayah deltoid kiri atau kanan di anak, serta sedangkan di bayi pada paha anterolateral (antero: otot-otot bagian depan, lateral: otot bagian luar).

[ CITATION May12 \l 1057 ].

### 2.4.3 Jenis Vaksin

#### 1. Vaksin BCG (Bacillus Calmette Guerin)

Manfaat : buat mencegah TBC atau Tuberculosis, yaitu penyakit yang ditimbulkan sang mycobacterium tuberculosis dimana di anak muncul tanda-tanda tak jarang batuk pilek serta lesu sebab nafsu makan berkurang sebagai akibatnya berat badan terus turun yang menjadikan bertumbuhan badan terhambat. Jika tak segera dicegah serta diobati menjadikan gangguan di kelenjar, paru-paru, tulang serta otak (radang otak). Susunan : ialah organisme (bakteri) hidup yang dilemahkan. Cara pemberian : pemberian menggunakan cara penyuntikan di lengan atas. Jadwal pemberian : saat yang tepat ialah ketika bayi berusia 1 bulan.

#### 2. Vaksin DPT (Difteria Pertusis Tetanus)

Manfaat : untuk mencegah penyakit Difteri yang ditimbulkan sang kuman Corynaebacterium Dipteriae, dimana anak batuk pilek disertai panas serta sakit saat menelan makanan sebagai akibatnya nafsu makan turun, dan ada selaput putih di mulut. Kematian. Susunan : ialah bakteri meninggal/inaktif, yaitu mikroorganisme hidup yang dimatikan menggunakan cara pemanasan atau kimiawi (contohnya formalin). Cara pemberian : pemberian menggunakan cara penyuntikan di paha bayi Jadwal pemberian : diberikan sebesar tiga kali dengan rentang waktu 4 minggu, dimulai ketika bayi berusia dua bulan. umumnya muncul reaksi ringan berupa panas di bayi sesudah pemberian imunisasi ini serta segera sembuh sesudah minum obat penurun panas.

#### 3. Vaksin polio

Manfaat : untuk mencegah penyakit dampak virus polio. dengan tanda-tanda awal batuk, pilek, demam disertai diare ringan yang selanjutnya terjadi kelumpuhan di salah satu atau kedua tungkai/tangan. Susunan : ialah virus mati/inaktif, yaitu

mikroorganisme hidup yang dimatikan menggunakan cara pemanasan atau kimiawi (contohnya formalin) Cara pemberian : imunisasi polio diberikan menggunakan cara diteteskan di mulut bayi sebesar 2 tetes serta tunggu kurang lebih 15 menit bayi baru boleh minum atau makan supaya vaksin menempel di usus. Jadwal pemberian : pemberian sebesar 4 kali dengan rentang waktu 4 minggu sesudah bayi berusia 1 bulan.

#### 4. Vaksin Hepatitis B

Manfaat : untuk mencegah penyakit infeksi yang ditimbulkan virus hepatitis B yang meyerang hati, bersifat akut/menahun bisa berlanjut sebagai kanker hati terutama Bila menyerang di saat bayi. Susunan : ialah virus meninggal/inaktif, yaitu mikroorganisme hidup yang dimatikan menggunakan cara pemanasan atau kimiawi (contohnya formalin) Cara pemberian : diberikan dengan cara disuntikkan di lengan atau paha bayi Jadwal pemberian : saat yang sempurna imunisasi Hepatitis B dini ialah ketika bayi berusia 0 s.d. 7 hari. Sedangkan imunisasi Hepatitis B lanjutan diberikan bersamaan dengan pemberian vaksinasi DPT atau biasa dianggap DPT/HB Combo.

#### 5. Vaksin Campak

Manfaat : mencegah penyakit dampak virus morbili, dengan tanda-tanda batuk, pilek, demam serta mata merah disertai adanya cairan kuning kental, selanjutnya muncul bercak merah di tubuh. Kematian mampu terjadi sebab kurang gizi sebagai akibatnya daya tahan tubuh rendah serta terjadinya komplikasi radang paru-paru serta radang otak. Susunan : ialah organisme (virus) hidup yang dilemahkan. Cara pemberian : pemberian menggunakan cara penyuntikan di paha bayi. Jadwal pemberian : saat yang sempurna ialah ketika bayi sudah berusia 9 bulan sebesar satu kali saja. (Widyani, 2011)

## **2.5 Nutrisi Pada Anak Sekolah**

### **2.5.1 Pengertian**

Nutrisi ialah ikatan kimia yang dibutuhkan tubuh untuk melakukan kegunaannya, yaitu tenaga, membentuk serta memelihara jaringan, dan mengatur proses-proses kehidupan (Soenarjo, 2000).

Sedangkan menurut Supariasa (2001), nutrisi ialah suatu proses organisme memakai makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses degesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme serta pengeluaran zat-zat yang tak dipergunakan buat mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, serta fungsi normal asal organ-organ, dan membentuk tenaga.

### **2.5.2 Tujuan Pemberian Nutrisi**

Dalam melaksanakan pemberian makanan yang sebaik-baiknya kepada bayi dan anak, bertujuan sebagai berikut :

1. Menyampaikan nutrient yang untuk kebutuhan dalam memelihara kesehatan serta memulihkannya Jika sakit. Melaksanakan banyak sekali jenis kegiatan, pertumbuhan serta perkembangan jasmani dan psikomotor.
2. Mendidik norma yang baik perihal makanan, menyukai dan memilih makanan yang dibutuhkan (FKUI (Edisi 1), 1985)

### **2.5.3 Karakteristik Terkait Dengan Pemenuhan Kebutuhan Nutrsi**

1. Kebutuhan zat gizi makro harian anak usia 6 tahun :
  - A. Energi : 1600 kkal
  - B. Protein : 35 gram
  - C. Lemak : 62 gram
  - D. Karbohidrat : 220 gram

E. Serat : 22 gram

F. Air : 1500 ml

2. Di usia ini anak rentan pada pola serta jadwal makan, sesudah asyik bermain anak makan jajanan yang biasanya manis atau asin serta tak berserat. problem lain yang tak jarang terjadi di usia ini yaitu kekurangan zat gizi mikro mirip besi, yodium, folat atau vitamin c serta a.

## **2.6 Asuhan Keperawatan**

Proses keperawatan artinya metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan di individu, grup, serta rakyat yang serius di identifikasi serta pemecahan problem dari respon pasien terhadap penyakitnya. Proses keperawatan dipergunakan untuk membantu perawat melakukan praktik keperawatan secara sistematis dalam memecahkan problem keperawatan.

### **2.6.1 Pengkajian**

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

#### **1. Pengumpulan Data**

Di tahap ini artinya aktivitas pada himpunan berita (data–data) asal pasien yang mencakup umur bio, psiko, spiritual yang komprehensif secara lengkap serta relevan untuk mengenal pasien supaya bisa memberi arahan pada tindakan keperawatan.

##### **a. Identitas**

Umumnya berisikan perihal nama, umur, jenis kelamin, alamat, diagnose medis serta tanggal masuk dan tanggal pengakajian serta identitas penanggung jawab. (Bayar, 2018)

#### **b. Keluhan utama**

Umumnya bila klien mengalami ISK bagian atas keluhan klien umumnya sakit kepala, malaise, mual, muntah, demam, menggigil, rasa tak enak atau nyeri pinggang. (Bayar, 2018)

#### **c. Riwayat penyakit sekarang**

Adalah riwayat kesehatan klien waktu ini yang mencakup keluhan pasien, umumnya Bila klien mengalami ISK bagian bawah keluhan klien umumnya berupa rasa sakit atau rasa panas pada uretra sewaktu kencing dengan air kemih sedikit- sedikit dan rasa sakit tak enak pada suprapubik. serta umumnya Bila klien mengalami ISK bagian atas keluhan klien umumnya sakit kepala, malaise, mual, muntah, demam, menggigil, rasa tak enak atau nyeri pinggang. (Bayar, 2018)

#### **d. Riwayat penyakit dahulu**

Di pengkajian umumnya di temukan kemungkinan penyebab infeksi saluran kemih serta memberi petunjuk berapa usang infeksi telah di alami klien. (Bayar, 2018)

#### **e. Pemeriksaan fisik**

Pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu pemeriksaan fisik head to toe yaitu pemeriksaan yang dilakukan mulai dari ujung kepala sampai ujung kaki. Pemeriksaan ini mencakup :

##### 1) Kepala

Mengetahuui turgor kulit dan tekstur kulit dan mengetahui adanya lesi atau bekas luka.

- a) Inspeksi : lihat terdapat atau tidak adanya lesi, rona kehitaman atau agak coklat, edema, serta distribusi rambut kulit.

- b) Palpasi : diraba serta tentukan turgor kulit elastik atau tidak, tekstur kepala kasar atau halus, akril dingin atau hangat.

Jika pada pasien infeksi saluran kemih tidak ada kelainan dalam pemeriksaan kepala

## 2) Rambut

Mengetahui warna, tekstur dan percabangan pada rambut dan untuk mengetahui mudah rontok dan kotor.

- a) Inspeksi : distribusi rambut merata atau tidak, kotor atau tidak, bercabang atau tidak.
- b) Palpasi : mudah rontok atau tidak, tektur kasar atau halus.

Jika pada pasien infeksi saluran kemih tidak ada kelainan dalam pemeriksaan rambut

## 3) Wajah

Mengetahui bentuk dan fungsi kepala dan untuk mengetahui luka dan kelainan pada kepala.

- a) Inspeksi : lihat kesimetrisan wajah jika muka kanan dan kiri berbeda atau missal lebih condong ke kanan atau ke kiri, itu menunjukkan ada parase/kelumpuhan.
- b) Palpasi : cari adanya luka, tonjolan patologik dan respon nyeri dengan menekan kepala sesuai kebutuhan

Jika pada pasien infeksi saluran kemih ekspresi wajah biasanya didapatkan meringis

## 4) Mata

Mengetahui bentuk serta fungsi mata (medan penglihatan visus serta otot-otot mata), serta pula untuk mengetahui adanya kelainan atau pandangan pada mata. Jika terjadi hematuria, kemungkinan konjungtiva anemis.

- a) Inspeksi : kelopak mata terdapat lubang atau tidak, reflek kedip baik/tidak, konjungtiva serta sclera : merah atau konjungtivitis, ikterik/tanda hiperbilirubin atau gangguan di hepar, pupil : isokor, miosis atau medriasis.

- b) Palpasi : tekan secara ringan untuk mengetahui adanya TIO (tekanan intra okuler) bila terdapat peningkatan akan teraba keras (pasien glaucoma/kerusakan diskus optikus) kaji adanya nyeri tekan.

5) Telinga

Mengetahui kedalaman telinga luar, saluran telinga, gendang telinga.

- a) Inspeksi : daun telinga simetris atau tidak, warna, ukuran bentuk, kebersihan, lesi.
- b) Palpasi : tekan daun telinga apakah ada respon nyeri, rasakan kelenturan kartilago  
Jika pada pasien infeksi saluran kemih tidak ada kelainan dalam pemeriksaan telinga

6) Hidung

Mengetahui bentuk dan fungsi hidung serta mengetahui adanya inflamasi atau sinusitis. Bila di pasien infeksi saluran kemih tak terdapat kelainan pada pemeriksaan hidung

- a) Inspeksi : apakah hidung simetris, apakah ada inflamasi, apakah ada secret.
- b) Palpasi : apakah ada nyeri tekan massa.

7) Mulut dan gigi

Mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut, serta untuk mengetahui kebersihan mulut dan gigi.

- a) Inspeksi : amati bibir apa terdapat kelainan kongenital (bibir sumbing) rona, kesimetrisan, kelembaban pembengkakan, lesi, amati jumlah dan bentuk gigi, berlubang, rona plak serta kebersihan gigi.
- b) Palpasi : pegang dan tekan darah pipi kemudian rasakan ada massa atau tumor, pembengkakan dan nyeri.

#### 8) Leher

Menentukan struktur integritas leher, untuk mengetahui bentuk dan organ yang berkaitan dan untuk menyelidiki system limfatik. Jika pada pasien infeksi saluran kemih tidak ada kelainan dalam pemeriksaan leher

- a) Inspeksi : amati mengenai bentuk, rona kulit, jaringan parut, amati adanya pembengkakan kelenjar tiroid, amati kesimetrisan leher dari depan belakan serta samping.
- b) Palpasi : letakkan telapak tangan pada leher klien, minta pasien menelan dan rasakan adanya kelenjar tiroid.

#### 9) Abdomen

Mengetahui bentuk dan gerakan perut , mendengarkan bunyi peristaltik usus, dan mengetahui respon nyeri tekan pada organ dalam abdomen.

- a) Inspeksi : amati bentuk perut secara umum, rona kulit, adanya retraksi, penonjolan, adanya ketidak simetrisan, adanya asites. frekuensi napas perut meningkat
- b) Palpasi : adanya massa dan respon nyeri tekan.
- c) Auskultasi : bising usus normal 10-12x/menit.
- d) Perkusi : apakah perut terdapat kembung/meteorismus.\

#### 10) Dada

Mengetahui bentuk kesimetrisan, frekuensi, irama pernafasan, adanya nyeri tekan, serta untuk mendengarkan bunyi paru. Bila di pasien infeksi saluran kemih tak ada kelainan dalam pemeriksaan dada

- a) Inspeksi : amati kesimetrisan dada kanan kiri, amati adanya retraksi interkosta, amati pergerakan paru.
- b) Palpasi : adakah nyeri tekan , adakah benjolan
- c) Perkusi : untuk menentukan batas normal paru.

d) Auskultasi : untuk mengetahui bunyi nafas, vesikuler, wheezing/crecles.

11) Ekstremitas atas dan bawah

Mengetahui gerak kekuatan otot serta gangguan-gangguan di ektremitas atas dan bawah. Lakukan pemeriksaan identifikasi tentang ukuran dan adanya atrofil serta hipertrofil, amati kekuatan otot dengan memberi penahanan di anggota gerak atas dan bawah. Bila di pasien infeksi saluran kemih umumnya terpasag kateter.

12) Kulit

Mengetahui adanya lesi atau gangguan di kulit klien. Lakukan pemeriksaan serta palpasi di kulit dengan menelaah kulit kering/lembab, serta apakah ada oedem. Bila di pasien infeksi saluran kemih umumnya dihasilkan kulit kering.

**f. Pola kebiasaan**

- 1) Makan dan minum : frekuensi makan dan minum berkurang karena adanya mual dan muntah
- 2) Eliminasi : adanya dysuria saat BAK, nyeri suprapubic
- 3) Istirahat dan tidur : gangguan tidur karena seringnya BAK, adanya nyeri dan rasa mual yang mengganggu
- 4) Kebersihan : personal hygiene yang buruk

(Jeklin, 2016)

## **2.6.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan artinya suatu evaluasi klinis tentang respon pasien terhadap problem kesehatan ataupun proses keshidupan yang dialaminya baik yang aktual juga potensial (SDKI, 2016). pada penelitian ini diagnosa keperawatan yang bisa ditegakkan dengan anak dengan infeksi saluran kemih yang diatur pada SDKI (2016) ialah:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) ditandai dengan Suhu tubuh diatas nilai normal, kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, dan kulit terasa hangat.
2. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan Mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah.
3. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan kelemahan otot pelvis, ketidakmampuan mengakses toilet (misalnya imobilisasi), hambatan lingkungan, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan elimiasi ditandai dengan Desakan berkemih (urgensi), urin menetes (dribbling), sering buang air kecil, nokturia, mengompol
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi ditandai dengan Menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.

### **2.6.3 Intervensi Keperawatan**

Perencanaan artinya pedoman dalam melakukan intervensi keperawatan dalam rangka menyampaikan asuhan keperawatan yang aman, efektif serta etis (SIKI, 2018). Perencanaan keperawatan yang sinkron dengan diagnosa keperawatan yg sudah ditegakkan yaitu sebagai berikut:

1. Hipertermi

- b. Tujuan

Tujuan keperawatan untuk termoregulasi menurut (SLKI, 2018, L.14134, hal 129) yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:

1) Suhu tubuh membaik (36,5 – 37,2 C)

2) Suhu kulit membaik

3) Menggigil menurun

c. Perencanaan

Manajemen Hipertermi (SIKI, 2018, I.15506, hal 181)

1) Observasi tanda-tanda vital selama 6 jam

Rasional : Tanda vital merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum pasien

2) Berikan kompres hangat

Rasional : Dengan vasodilatasi dapat meningkatkan penguapan yang mempercepat penurunan suhu tubuh

3) Anjurkan untuk tidak memakai selimut dan jaket tebal

Rasional : Pasien tipis membantu mengurangi penguapan tubuh

4) Berikan terapi cairan intravena dan obat-obatan sesuai dengan program dokter

Rasional : Pemberian cairan dan obat penurun panas sangat penting bagi pasien dengan suhu tinggi

2. Nyeri akut

a. Tujuan

Tujuan keperawatan tingkat nyeri menurut (SLKI, 2018, L.08066, hal 145) yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

1) Keluhan nyeri menurun 0-1

2) Meringis menurun

3) Gelisah menurun

4) Kesulitan tidur menurun

b. Perencanaan

Manajemen Nyeri (SIKI, 2018, I.08238, hal 201)

- 1) Berikan tindakan nyaman, seperti pijatan punggung, lingkungan istirahat

Rasional : meningkatkan relaksasi, menurunkan tegangan otot

- 2) Catat lokasi, lamanya intensitas skala (1-10) penyebaran nyeri.

Rasional : membantu mengevaluasi tempat obstruksi dan penyebab nyeri

- 3) Pantau haluaran urine terhadap perubahan warna, bau dan pola berkemih, masukan dan haluaran setiap 8 jam dan pantau hasil urinalisis ulang

Rasional : untuk mengidentifikasi indikasi kemajuan atau penyimpangan dari hasil yang diharapkan

- 4) Berikan analgesic sesuai kebutuhan dan evaluasi keberhasilannya

Rasional : analgesic memblok lintasan nyeri sehingga mengurangi nyeri

3. Gangguan eliminasi urin

a. Tujuan

Tujuan keperawatan gangguan eliminasi urin menurut (SLKI, 2018, L.04034, hal 24) yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam gangguan eliminasi urin dapat membaik, dengan kriteria hasil :

- 1) Karakteristik urin membaik (warna kuning jernih, bau tidak menyengat, jumlah urin output 400-800cc/hari)
- 2) Frekuensi buang air kecil membaik (5-7x/24 jam)
- 3) Desakan berkemih (urgensi) menurun

b. Perencanaan

- 1) Dorong meningkatkan pemasukan cairan

Rasional : peningkatan hidrasi membilas bakteri.

2) Kaji keluhan kandung kemih penuh

Rasional : retensi urin dapat terjadi menyebabkan distensi jaringan (kandung kemih/ginjal)

3) Observasi perubahan status mental, perilaku atau tingkat kesadaran

Rasional : akumulasi sisa uremik dan ketidak seimbangan elektrolit dapat menjadi toksik pada susunan saraf pusat

4) Kecuali dikontraindikasikan: ubah posisi pasien setiap dua jam

Rasional : untuk mencegah statis urin

4. Defisit Pengetahuan

a. Tujuan

Tujuan keperawatan tingkat pengetahuan menurut (SLKI, 2018, L.12111, hal 146) yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil :

1) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang ISK meningkat

2) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun

3) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun

b. Perencanaan

Edukasi Kesehatan (SIKI, 2018, I.12383, hal 65)

1) Kaji tingkat pengetahuan pasien

Rasional : mengetahui tingkat pemahaman dan pengetahuan pasien tentang penyakitnya

2) Berikan informasi pada pasien tentang perjalanan penyakitnya

Rasional : meningkatkan pemahaman klien tentang kondisi kesehatan

3) Berikan penjelasan pada pasien tentang setiap tindakan keperawatan yang diberikan

Rasional : mengurangi tingkat kecemasan

#### **2.6.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi artinya tahap saat perawat mengaplikasikan asuhan keperawatan ke pada bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang sudah ditetapkan. Kemampuan yang wajib dimiliki perawat di tahap implementasi ialah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk membangun korelasi saling percaya serta saling bantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan menyampaikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi, serta kemampuan penilaian (Asmadi, 2008).

#### **2.6.5 Evaluasi Keperawatan**

Menurut sumber Asmadi, (2008 ) penilaian artinya tahap akhir dari proses keperawatan yang artinya perbandingan yang sistematis dan terjadwal antara yang akan terjadi akhir yang teramati serta tujuan atau kriteria yang akan terjadi yang dirancang di tahap perencanaan. penilaian dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien serta energi kesehatan lainnya. Bila hasil evaluasi menandakan tercapainya tujuan serta kriteria yang akan terjadi, klien mampu keluar dari siklus proses keperawatan. Bila kebalikannya, klien akan masuk kembali ke pada siklus tadi mulai dari pengkajian ulang (reassessment).

Penilaian terbagi atas 2 jenis, yaitu penilaian formatif serta penilaian sumatif. penilaian formatif serius di kegiatan proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. penilaian formatif ini dilakukan segera sesudah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang sudah dilaksanakan. Perumusan penilaian formatif ini mencakup empat komponen yang dikenal menggunakan

kata SOAP, yakni subjektif(data berupa keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (perbandingan data dengan teori), serta perencanaan (Asmadi, 2008)

## 2.7 Kerangka Masalah



Gambar 2.1 : Saluran Pathway Infeksi Kemih (ISK) Sumber: (Amin Hardi, 2015)

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis infeksi saluran kemih, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 18 Januari 2022 sampai dengan 21 Januari 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 18 Januari 2022 jam 08.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari ibu pasien dan file No. Register 47.xx.xx sebagai berikut :

#### **4.1 Pengkajian**

##### **4.1.1 Identitas**

Klien adalah seorang anak laki-laki bernama "S" usia 6 tahun, beragama islam, bahasa yang digunakan adalah bahasa Indonesia. Klien adalah anak keempat dari lima bersaudara dari Tn. I usia 47 tahun dan Ny. H usia 43 tahun. Klien tinggal di daerah Sidosermo, Surabaya, orang tua klien beragama islam dan pekerjaan ayah sebagai satpam dan ibu sebagai ibu rumah tangga. Klien MRS pada tanggal 17 Januari 2022 pukul 18.10 WIB.

##### **4.1.2 Keluhan utama**

Ibu pasien mengatakan suhu tubuh An. S masih belum stabil atau naik turun

##### **4.1.3 Riwayat penyakit sekarang**

Ibu pasien mengatakan An. S pada hari Minggu, 16 Januari 2022 badannya panas dan sempat diukur dengan thermometer hasilnya 38,1°C, lalu An. S diberi paracetamol suhunya sempat turun lalu naik lagi, lalu An. S dibawa ke IGD RSPAL pada hari Senin, 17 Januari 2022 pada pukul 15.29 WIB, di IGD terpasang infus D5 ½ 1200 cc/24 jam melakukan pemeriksaan cek darah lengkap dan pemeriksaan urin lengkap, Dari IGD pasien dipindahkan ke ruang rawat inap DII kamar 8B pada tanggal 17 Januari 2022 pukul 18.10, Di ruang DII An. S sudah diberi injeksi antrain 150 mg/iv pada pukul 20.00 WIB. Perkembangan Saat pengkajian tanggal 18

Januari 2022 pukul 08.00 WIB ibu pasien mengatakan suhu tubuh An. S masih belum stabil atau naik turun, hasil observasi didapatkan suhu 36,4 °C nadi 112 x/menit RR 24 x/menit serta ibu pasien juga mengatakan An. S belum BAK dari kemarin sejak setelah pengambilan sampel urin di IGD ,pasien tampak uring-uringan dan gelisah.

#### **4.1.4 Riwayat kehamilan dan persalinan**

##### **1. Prenatal Care**

Ibu pasien mengatakan saat hamil rajin mengontrolkan kandungannya setiap bulan di klinik daerah rumahnya, pada usia kehamilan 6 bulan ibu pasien sempat pendarahan dan akhirnya disarankan oleh dokter untuk bedrest selama 2 minggu.

##### **2. Natal Care**

Ibu pasien mengatakan melahirkan secara spontan atau normal di RSPAL dengan bantuan dokter, dengan berat badan bayi 3000 Gram dan Panjang 47 Cm.

##### **3. Post Natal Care**

Ibu pasien mengatakan An. S diberikan asi eksklusif selama 5 bulan dan mendapatkan susu formula selama 3 tahun, mulai umur 6 bulan An. S diberi makanan tambahan hingga sekarang An. S sudah tidak mengonsumsi susu formula lagi.

#### **4.1.5 Riwayat penyakit masa lampau**

##### **1. Penyakit-penyakit waktu kecil**

Ibu pasien mengatakan saat 3 tahun yang lalu An. S pernah sakit mual-mual

##### **2. Pernah Dirawat di Rumah Sakit**

Ibu pasien mengatakan saat 3 tahun yang lalu An. S pernah sakit mual-mual dan akhirnya dirawat di rumah sakit selama 3 hari.

3. Penggunaan obat-obatan

Ibu pasien mengatakan An. S tidak ada riwayat penggunaan obat-obatan.

4. Tindakan (operasi atau tindakan lain)

Ibu pasien mengatakan An. S tidak ada riwayat tindakan operasi.

5. Alergi

Ibu pasien mengatakan An. S tidak memiliki alergi terhadap makanan maupun obat-obatan.

6. Kecelakaan

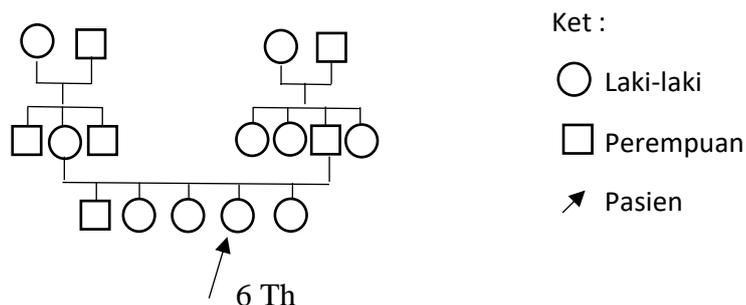
Ibu pasien mengatakan An. S tidak pernah mengalami kecelakaan.

7. Imunisasi

Ibu pasien mengatakan bahwa An. S sudah menjalani imunisasi lengkap dan tepat waktu, HB0, polio 1 dan BCG saat lahir, DPT, Hib 1 dan polio 2 saat umur 3 bulan, DPT 2, Hib 2 dan polio 3 saat umur 4 bulan, DPT 3, Hib 3, polio 4 saat umur 5 bulan, campak saat umur 9 bulan dan difteri saat usia 6 tahun.

#### 4.1.6 Pengkajian Keluarga

1. Genogram



2. Psikososial Keluarga

Ibu pasien sering bertanya tentang penyakit An. S, ibu pasien berharap anaknya cepat sembuh. Ibu pasien juga mengatakan ayah An. S bekerja sebagai satpam dan ibu pasien sebagai ibu rumah tangga.

#### **4.1.7 Riwayat sosial**

1. Yang mengasuh anak

Ibu pasien mengatakan An. S di asuh oleh kedua orang tua nya secara langsung sejak lahir sampai sekarang.

2. Hubungan dengan anggota keluarga

Hubungan pasien dengan anggota keluarga sangat baik, Orang terdekat An. S adalah ayahnya. Ibu pasien selalu memberikan dukungan kepada anaknya saat sakit di rumah sakit.

3. Hubungan dengan teman sebaya

An. S pada saat sebelum masuk rumah sakit mampu berinteraksi dengan teman-temannya di sekolah/dirumah, namun ketika dirumah sakit hanya berinteraksi dengan kedua orangtua nya.

4. Pembawaan secara umum

Pasien tampak uring-uringan, gelisah, tegang saat ditemui perawat dan berbaring di tempat tidur. Pasien memiliki kepribadian yang diam dan tidak bisa menerima kehadiran orang lain yang belum dikenal.

#### **4.1.8 Kebutuhan dasar**

1. Pola nutrisi

Ibu pasien mengatakan An. Makan sesuai porsi yang diberikan dan lebih suka makanan tanpa sayur, An. S lebih suka mengemil makanan serta menghabiskan air putih 6 gelas dalam sehari, tidak ada mual dan muntah. Jam makan pasien normal 3 kali sehari pada pagi, siang, dan sore hari.

## 2. Pola tidur

Ibu pasien mengatakan jam tidur pasien normal baik dirumah maupun di rumah sakit, pada siang hari pasien tidur pukul 13.00-14.30 WIB dan pada malam hari pasien tidur pukul 20.00-05.00 WIB. Tidak ada kebiasaan sebelum tidur, dan pasien selalu ditemani ibunya saat tidur. Tidak ada gangguan tidur yang disebabkan oleh nyeri, mual muntah dan sering BAK.

## 3. Pola aktifitas/bermain

Ibu pasien mengatakan An. S sangat aktif berkegiatan saat sebelum masuk rumah sakit baik disekolah, dirumah dengan teman-temannya maupun dengan saudara-saudara kandungnya.

## 4. Pola eliminasi

Ibu pasien mengatakan An. S cenderung meminta diantar ibunya ketika BAK/BAB, dan ketika An. S di sekolah/bermain diluar rumah An. S tidak pernah BAK/BAB sendiri dan memilih BAK/BAB dirumah agar ada yang mendampingi ke toilet. Saat pengkajian ibu pasien mengatakan bahwa An. S belum Bak dari kemarin. Tidak ada dysuria dan nyeri suprapubik.

## 5. Pola kognitif perseptual

Ibu pasien mengatakan jika An. S ingin makan dan butuh bantuan lainnya selalu memberitahu ibunya dan ibu pasien selalu mendoakan An. S segera sembuh dan berkumpul dengan saudaranya.

## 6. Pola koping toleransi stress

Ibu pasien mengatakan An. S sering mengatakan kepadanya ingin pulang dan ibu pasien memberikn motivasi bahwa segera pulang.

#### **4.1.9 Keadaan umum**

##### 1. Cara masuk

Ibu pasien mengatakan An. S datang ke IGD RSPAL pada tanggal 17 Januari 2022 pukul 15.29 WIB diantar oleh kedua orangtuanya. An. S diantar ke ruang DII menggunakan brankart.

##### 2. Keadaan umum

Pasien dalam keadaan sadar penuh/composmentis, akral hangat.

#### **4.1.10 Tanda-tanda vital**

Saat diobservasi pada tanggal 18 Januari 2022 pukul 08.00 WIB tanda-tanda vital klien suhu 36,4°C, nadi 112 x/menit, RR 24 x/menit, TB 125 Cm, BB 14,6 Kg.

#### **4.1.11 Pemeriksaan fisik**

##### 1. Pemeriksaan kepala dan rambut

Rambut berwarna hitam dan pendek, kepala tampak bersih, tidak ada ketombe, tidak ada kutu dan tidak terdapat pembengkakan/benjolan pada kepala.

##### 2. Mata

Bentuk mata simetris, pupil isokor, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis karena tidak terjadi hematuria dan tidak ada gangguan penglihatan.

##### 3. Hidung

Septum nasi berada ditengah, tidak ada sekresi, tidak ada polip dan tidak ada gangguan penciuman

#### 4. Telinga

Telinga kanan dan kiri simetris, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, tidak ada serumen yang berlebihan, telinga tampak cukup bersih.

#### 5. Mulut dan Tenggorokan

Mukosa bibir lembab, gigi tampak berlubang, tidak terdapat karies, tidak ada peradangan pada tenggorokan, kebersihan mulut tampak cukup bersih, tidak ada gangguan menelan dan tidak ada pembesaran tonsil.

#### 6. Tengkuik dan leher

Leher simetris terpusat pada posisi kepala, tidak ada lesi pada leher, tidak terlihat adanya pembesaran kelenjar tiroid dan tidak terdapat pembesaran vena jugularis.

#### 7. Pemeriksaan thorax atau dada

Bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris kanan dan kiri, tidak menggunakan otot bantu pernafasan tambahan, tidak ada lesi pada dada.

##### Paru

Pergerakan dada simetris kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan pada dada, tidak ada suara nafas tambahan pada pernafasan. RR 22 x/menit frekuensi napas tidak meningkat.

##### Jantung

Tidak terdapat sianosis, tidak ada oedema pada ekstremitas atas dan bawah, saat inspeksi ictus cordis tidak terlihat, saat palpasi ictus cordis teraba pada ics ke 5, bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, irama reguler.

#### 8. Punggung

Tidak ada lesi, tidak ada kelainan pada tulang belakang.

#### 9. Pemeriksaan abdomen

Bentuk abdomen supel, tidak terdapat lesi, tidak ada distensi abdomen dan nyeri tekan saat ditekan, saat perkusi suara abdomen timpani.

#### 10. Pemeriksaan kelamin dan daerah sekitarnya

Genetalia cukup bersih, berjenis kelamin laki-laki, tidak ada benjolan, tidak ada kelainan pada anus, tidak ada pembesaran hemoroid.

#### 11. Pemeriksaan musculoskeletal

Keadaan umum baik, kemampuan gerak sendi bebas, kekuatan otot tangan kanan dan kiri maksimal, kekuatan otot kaki kiri dan kanan maksimal.

|               |      |  |      |
|---------------|------|--|------|
| Kekuatan otot | 5555 |  | 5555 |
|               | 5555 |  | 5555 |

#### 12. Pemeriksaan neurologi

Keadaan umum baik dan kesadaran composmentis, GCS E 4 V 5 M.

#### 13. Pemeriksaan integumen

Warna kulit kuning langsung, tidak ada lesi, akral hangat, turgor kulit elastis, kulit tidak kering, kebersihan kuku bersih, dan terpasang infus D5 1/2 1200 cc/24 jam ditangan sebelah kiri.

### **4.1.12 Tingkat perkembangan**

#### 1. Adaptasi sosial

An. S berusia 6 tahun, An. S tipe anak pemalu, takut terhadap orang lain yang belum dikenalnya dan susah untuk arab dengan orang baru, An. S lebih banyak berada di lingkungan rumah dan berinteraksi dengan saudara dan teman-teman rumahnya.

## 2. Bahasa

An. S mampu berbicara bahasa Indonesia dengan jelas, tidak terbatah-batah saat bicara.

An. S anak yang aktif bertanya tetapi malu dan kaku pada saat bertanya pada orang yang baru dikenalnya.

## 3. Motorik halus

An. S mampu menulis, membaca dan menggambar sendiri

## 4. Motorik kasar

Ibu pasien mengatakan bahwa An. S mampu mengendarai sepeda

### Kesimpulan Dari Pemeriksaan Perkembangan

An. S tidak ada keterlambatan terhadap fase tumbuh kembang anak, tidak ada kebutuhan khusus dan semua dalam batas normal sesuai dengan tingkat perkembangan anak seusianya.

### Perkembangan psikososial

Ibu pasien mengatakan An. S cenderung aktif dalam segala hal, rasa ingin tahu yang sangat tinggi, tetapi An. S susah berhubungan baik dengan orang yang baru dikenalnya.

### Perkembangan kognitif :

An. S sudah bisa memberi tahu kepada orang lain berapa usianya, mampu berhitung dan menyebutkan objek berdasarkan kategori misalnya hewan dan benda yang ada di sekitarnya.

### Perkembangan psikoseksual :

An. S mampu mengatakan bahwa dirinya ingin BAK/BAB, tetapi saat sekolah atau bermain diluar rumah An. S tidak pernah BAK/BAB di sekolah maupun diluar rumah ketika bermain karena tidak ada orang tua/ibunya yang akan mendampingi ke toilet sebab saat dirumah An. S selalu meminta didampingi orang tua/ibunya ketika ke toilet.

#### **4.1.13 Pemeriksaan penunjang**

##### **1. Laboratorium**

18 Januari 2022/05.58 WIB

Cek darah lengkap :

- neutrofil 44.80
- hemoglobin 11.40
- hemaktorit 33.30
- PCT 0.180

##### **2. Rontgen**

-

##### **3. Terapi**

17 Januari 2022

Infus D5 ½ 1200 cc/24 jam (17 tetes/menit)

Injeksi antrain 3x150 mg

Surabaya, 18 Januari 2022



( Nur Rohana Irmayanti )

**Tabel 3.2 Analisa Data**

NAMA KLIEN : An. S

Ruangan / kamar : DII/8B

UMUR : 6 Th

No. Register : 47xxxx

| No | Data   | Penyebab                  | Masalah  |
|----|--|---------------------------|--|
| 1. | <p>Ds.</p> <p>Do.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- suhu badan 38,1</li> <li>- kulit terasa hangat</li> <li>- hemoglobin 11.40</li> </ul>   | Proses penyakit (infeksi) | <p>Hipertermia</p> <p>SDKI Hal. 284<br/>(D.0130)</p>             |
| 2. | <p>Ds.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ibu pasien menanyakan masalah yang dihadapi</li> </ul> <p>Do.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran</li> <li>- menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</li> </ul> | Kurang terpapar informasi | <p>Defisit Pengetahuan</p> <p>SDKI Hal. 264<br/>(D.0111)</p>     |
| 3. | <p>Ds.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sulit berkonsentrasi</li> </ul> <p>Do.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tampak tegang</li> <li>- tampak gelisah</li> <li>- kontak mata buruk</li> </ul>  | Krisis situasional        | <p>Ansietas</p> <p>SDKI Hal. 180<br/>(D.0080)</p>                |
| 4. | <p>Ds.</p> <p>Do.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pertumbuhan fisik terganggu</li> </ul> <p>BB : 14,6 Kg</p>  | Defisiensi stimulus       | <p>Gangguan Tumbuh Kembang</p> <p>SDKI Hal. 232<br/>(D.0106)</p> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | - tidak mampu melakukan perawatan diri sesuai usia (toileting) |  |  |
|--|--|--|--|

**Tabel 3.3 Prioritas Masalah**

NAMA KLIEN : An. S

Ruangan / kamar : DII/8B

UMUR : 6 Th

No. Register : 47xxxx

| No | Diagnosa keperawatan   | TANGGAL         |                 | Nama perawat      |
|----|--|-----------------|-----------------|-------------------|
|    |  | ditemukan       | Teratasi        |                   |
| 1. | Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)          | 18 Januari 2022 | 21 Januari 2022 | <b><i>NUR</i></b> |
| 2. | Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi | 18 Januari 2022 | 19 Januari 2022 | <b><i>NUR</i></b> |
| 3. | Ansietas berhubungan dengan krisis situasional                   | 18 Januari 2022 | 20 Januari 2022 | <b><i>NUR</i></b> |
| 4. | Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan defisiensi stimulus   | 18 Januari 2022 | 20 Januari 2022 | <b><i>NUR</i></b> |

**Tabel 3.4 Rencana Keperawatan**

Nama Klien : An. S

No Rekam Medis : 47xxxx

Hari Rawat Ke : 2

| No | Diagnosa keperawatan                                    | Tujuan  | Rencana Intervensi  | Rasional   |
|----|---|---|---|--|
| 1. | Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. suhu tubuh normal (36,4°C)</li> <li>2. suhu kulit tidak teraba hangat/panas</li> </ol> | <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. identifikasi penyebab hipertermia</li> <li>2. monitor suhu tubuh</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. berikan cairan oral (minum air putih 6 gelas/hari)</li> <li>4. lakukan kompres dengan air hangat</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena,</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. agar perawat dapat mengetahui keadaan umum pasien</li> <li>2. agar perawat dapat mengetahui suhu tubuh pasien untuk memudahkan intervensi</li> <li>3. untuk mengetahui keseimbangan cairan dalam tubuh pasien</li> <li>4. penurunan panas dapat dilakukan dengan cara konduksi melalui kompres. Jika menggunakan air dingin maka pembuluh darah akan menyempit sehingga panas lebih susah keluar</li> <li>5. antipiretik mengandung regimen yang bekerja pada</li> </ol> |

|  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
|  | <p>2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p> | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mampu menjelaskan kembali tentang penyakit yang diderita anak</li> <li>2. memperlihatkan perilaku sesuai dengan anjuran</li> <li>3. memperbaiki persepsi yang keliru terhadap penyakit yang diderita anak</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kaji tingkat pengetahuan pasien</li> <li>2. berikan informasi pada pasien tentang perjalanan penyakitnya</li> <li>3. berikan penjelasan pada pasien tentang setiap tindakan keperawatan yang diberikan</li> </ol> | <p>pusat pengatur suhu di hipotalamus.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengetahui tingkat pemahaman dan pengetahuan pasien tentang penyakitnya serta indicator dalam melakukan intervensi</li> <li>2. meningkatkan pemahaman klien tentang kondisi kesehatan</li> <li>3. mengurangi tingkat kecemasan dan membantu meningkatkan kerjasama dalam mendukung program</li> </ol> |
|--|--|---|---|--|

|    |  |   |  |  |
|----|--|---|--|--|
| 3. | Ansietas berhubungan dengan krisis situasional                 | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat ansietas membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. tidak menunjukkan perilaku gelisah dan tegang</li> <li>2. adanya kontak mata dengan orang lain</li> </ol>   | <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. monitor tanda-tanda ansietas</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. menciptakan suasana terapeutik</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. latih teknik relaksasi napas dalam</li> </ol>                  | <p>terapi yang diberikan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. untuk dapat memperhatikan keadaan pasien</li> <li>2. agar pasien dapat merasakan kenyamanan saat mengungkapkan perasaannya</li> <li>3. untuk memberikan rasa nyaman pasien</li> </ol>                                   |
| 4. | Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan difisiensi stimulus | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan status perkembangan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. menunjukkan perilaku/keterampilan sesuai usia</li> <li>2. menunjukkan kemampuan melakukan perawatan diri (toileting yang baik dan benar)</li> <li>3. adanya kontak mata dengan orang lain</li> </ol> | <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. memfasilitasi anak untuk melatih keterampilan pemenuhan kebutuhan secara mandiri (toileting)</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. mengajarkan anak keterampilan berinteraksi</li> <li>3. menjelaskan kepada orangtua tentang</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. agar anak dapat melakukan kebutuhan toileting dengan mandiri sesuai usianya yang sudah seharusnya</li> <li>2. agar anak dapat berinteraksi dengan baik dengan orang lain</li> <li>3. agar orang tua dapat mengetahui tingkat perkembangan</li> </ol> |

|  |  |  |                                     |                     |
|--|--|--|-------------------------------------|---------------------|
|  |  |  | perkembangan anak dan perilaku anak | n dan perilaku anak |
|--|--|--|-------------------------------------|---------------------|

**Tabel 3.5 Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan**

NAMA KLIEN : An. S

Ruangan / kamar : DII/8B

UMUR : 6 Th

No. Register : 47xxxx

| No Dx | Tgl Jam  | Tindakan  | TT Perawat | Tgl Jam               | Catatan Perkembangan   | TT Perawat |
|-------|----------|---|------------|-----------------------|--|------------|
| 1.    | 18/01/22 |   | <b>NUR</b> | 18/01/22              | Dx 1 :<br>hipertermia  | <b>NUR</b> |
|       | 09.20    | Mengidentifikasi penyebab hipertermia<br><br>(disebabkan oleh proses infeksi/ISK)   |            | 13.30                 | S:<br><br>ibu pasien mengatakan suhu tubuh An. S belum stabil            |            |
|       | 12.00    | Memberikan diit siang sesuai dengan diit pasien<br><br>Injeksi antrain 150 mg/iv<br><br>(tidak ada reaksi negatif setelah pemberian obat)                       |            |                       | O :<br><br>Suhu : 37,3<br><br>Nadi : 110 x/menit<br><br>SpO2 : 99        |            |
|       | 16.00    | Injeksi ceftriaxon 500 mg/iv<br><br>(tidak ada reaksi negatif setelah pemberian obat)<br><br>Observasi TTV<br><br>(suhu 36 °C, nadi 110 x/menit, RR 22 x/menit) |            |                       | Porsi makan :<br>¼ porsi<br><br>RR : 24 x/menit<br><br>GCS : 456         |            |
|       | 19.30    | Memantau pasien untuk makan dan minum yang cukup<br><br>(makan habis ¼ porsi, minum 1 gelas)  |            |                       | A :<br><br>Masalah belum teratasi  |            |
|       | 20.00    | Memantau keadaan umum pasien<br><br>(akral hangat, pews 0)<br><br>Injeksi antrain 150 mg/iv   |            | 18/01/22<br><br>20.30 | P :<br><br>Intervensi dilanjutkan<br><br>S:<br><br>ibu pasien mengatakan |            |

|  |       |  |  |                              |   |  |
|--|-------|--|--|------------------------------|---|--|
|  | 04.30 | <p>(tidak ada reaksi negatif setelah pemberian obat)</p> <p>Injeksi ceftriaxon 500 mg/iv</p> <p>(tidak ada reaksi negatif setelah pemberian obat)</p> <p>Observasi TTV</p> <p>(suhu 39 °C, nadi 112 x/menit, RR 24 x/menit)</p> <p>Injeksi antrain 150 mg/iv</p> <p>(tidak ada reaksi negatif setelah pemberian obat)</p> <p>Memberikan kompres air hangat</p> |  | <p>19/01/22</p> <p>07.00</p> | <p>suhu tubuh An. S naik turun</p> <p>O :</p> <p>Suhu : 39</p> <p>Nadi : 112 x/menit</p> <p>RR : 24 x/menit</p> <p>GCS : 456</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>S:</p> <p>ibu pasien mengatakan demam An. S sudah turun</p> <p>O :</p> <p>Suhu : 37,1</p> <p>Nadi : 110 x/menit</p> <p>SpO2 : 98</p> <p>Porsi makan : ¼ porsi</p> <p>RR : 24 x/menit</p> <p>GCS : 456</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> |  |
|--|-------|--|--|------------------------------|---|--|

|    |          |   |            |                   |   |            |
|----|----------|---|------------|-------------------|---|------------|
|    |          |   |            |                   | Intervensi dilanjutkan  |            |
| 2. | 18/01/22 | <p>09.00 Memberikan informasi pada ibu pasien tentang perjalanan penyakitnya</p> <p>Menjelaskan/mengedukasi tentang penyakit yang dialami An. S pada ibu pasien</p> <p>(dengan menggunakan media leaflet)</p> <p>12.00 Memberikan diit siang sesuai dengan diit pasien</p> <p>Observasi TTV</p> <p>(suhu 36 °C, nadi 110 x/menit, RR 22 x/menit)</p> <p>Menganjurkan keluarga agar tetap menemani pasien</p> <p>14.00 Melatih teknik relaksasi (tarik nafas dalam dengan posisi pasien berbaring)</p> <p>15.00 Memantau keadaan umum pasien</p> <p>(akral hangat, pews 0)</p> <p>24.00 Pasien istirahat</p> <p>04.30 Observasi TTV</p> <p>(suhu 39 °C, nadi 112 x/menit, RR 24 x/menit)</p> | <i>NUR</i> | 18/01/22<br>13.30 | <p>Dx 2 : defisit pengetahuan</p> <p>S :</p> <p>Ibu pasien dapat menjelaskan kembali tentang materi ISK yang diberikan</p> <p>O :</p> <p>Suhu : 37,3</p> <p>Nadi : 110 x/menit</p> <p>SpO2 : 99</p> <p>Porsi makan : ¼ porsi</p> <p>RR : 24 x/menit</p> <p>GCS : 456</p> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> | <i>NUR</i> |
|    |          |   |            | 18/01/22<br>20.30 | <p>S :</p> <p>Ibu pasien dapat menerapkan tentang materi</p>  |            |

|  |  |  |  |                           |  |  |
|--|--|--|--|---------------------------|--|--|
|  |  |  |  |                           | <p>ISK yang diberikan</p> <p>O :</p> <p>Suhu : 39</p> <p>Nadi : 112 x/menit</p> <p>RR : 24 x/menit</p> <p>GCS : 456</p> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>                         |  |
|  |  |  |  | <p>19/01/22<br/>07.00</p> | <p>S :</p> <p>ibu pasien sudah paham apa itu ISK dan cara pencegahannya</p> <p>O :</p> <p>Suhu : 37,1</p> <p>Nadi : 110 x/menit</p> <p>SpO2 : 98</p> <p>Porsi makan : ¼ porsi</p> <p>RR : 24 x/menit</p> <p>GCS : 456</p> <p>A :</p> |  |

|    |          |  |            |                   |  |            |
|----|----------|--|------------|-------------------|--|------------|
|    |          |  |            |                   | Masalah sudah teratasi<br>P :<br>Intervensi dihentikan   |            |
| 3. | 18/01/22 | <p>09.30 Monitor tanda-tanda ansietas<br/>(pasien tampak gelisan dan tegang)</p> <p>12.00 Memberikan diit siang sesuai dengan diit pasien<br/>Observasi TTV<br/>(suhu 36 °C, nadi 110 x/menit, RR 22 x/menit)</p> <p>15.00 Memantau keadaan umum pasien<br/>(akral hangat, pews 0)</p> <p>19.00 Melatih teknik relaksasi<br/>(tarik nafas dalam dengan posisi pasien berbaring)</p> <p>00.00 Pasien istirahat</p> <p>04.30 Observasi TTV<br/>(suhu 39 °C, nadi 112 x/menit, RR 24 x/menit)</p> | <b>NUR</b> | 18/01/22<br>13.30 | <p>Dx 3 :<br/>Ansietas</p> <p>S :<br/>Ibu pasien mengatakan anak masih uring-uringan dan gelisah</p> <p>O :<br/>Suhu : 37,3<br/>Nadi : 110 x/menit<br/>SpO2 : 99<br/>Porsi makan : ¼ porsi<br/>RR : 24 x/menit<br/>GCS : 456</p> <p>A :<br/>Masalah belum teratasi</p> <p>P :<br/>Intervensi dilanjutkan</p> | <b>NUR</b> |
|    |          |  |            | 18/01/22<br>20.30 | <p>S :<br/>Ibu pasien mengatakan An. S terus</p>   |            |

|  |  |  |  |                           |  |  |
|--|--|--|--|---------------------------|--|--|
|  |  |  |  |                           | <p>meminta pulang</p> <p>O :</p> <p>Suhu : 39</p> <p>Nadi : 112 x/menit</p> <p>RR : 24 x/menit</p> <p>GCS : 456</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>  |  |
|  |  |  |  | <p>19/01/22<br/>07.00</p> | <p>S :</p> <p>An. S masih terus merengek</p> <p>O :</p> <p>Suhu : 37,1</p> <p>Nadi : 110 x/menit</p> <p>SpO2 : 98</p> <p>Porsi makan : ¼ porsi</p> <p>RR : 24 x/menit</p> <p>GCS : 456</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> |  |

|    |          |  |            |                   |   |            |
|----|----------|--|------------|-------------------|---|------------|
| 4. | 18/01/22 |  | <b>NUR</b> | 18/01/22          | Dx 4 :<br>Gangguan tumbuh kembang<br>S :<br>Ibu pasien mengatakan An. S sudah dibelajarkan untuk toileting perlahan-lahan<br>O :<br>Suhu : 37,3<br>Nadi : 110 x/menit<br>SpO2 : 99<br>Porsi makan : ¼ porsi<br>RR : 24 x/menit<br>GCS : 456<br>A :<br>Masalah belum teratasi<br>P :<br>Intervensi dilanjutkan | <b>NUR</b> |
|    | 08.50    | Memfasilitasi anak untuk untuk melatih keterampilan pemenuhan kebutuhan secara mandiri (toileting)   |            | 13.30             |   |            |
|    | 10.00    | Mengajarkan anak keterampilan berinteraksi (mengkomunikasikan apa yang dirasakan saat ini kepada perawat)  |            |                   |   |            |
|    | 12.00    | Memberikan diit siang sesuai dengan diit pasien<br>Observasi TTV<br>(suhu 36 °C, nadi 110 x/menit, RR 22 x/menit)  |            |                   |   |            |
|    | 15.00    | Memantau keadaan umum pasien<br>(akral hangat, pews 0)   |            |                   |   |            |
|    | 18.30    | Menjelaskan kepada orangtua tentang perkembangan anak dan perilaku anak<br>(metode ceramah tentang perkembangan dan perilaku yang seharusnya pada anak usia 6 tahun) |            |                   |   |            |
|    | 00.00    | Pasien istirahat   |            |                   |   |            |
|    | 04.30    | Observasi TTV<br>(suhu 36 °C, nadi 110 x/menit, RR 22 x/menit)   |            | 18/01/22<br>20.30 | S :<br>Ibu Pasien mengatakan An. S sudah mulai ada kontak mata yang baik  |            |

|  |  |  |  |                              |  |  |
|--|--|--|--|------------------------------|--|--|
|  |  |  |  |                              | <p>dengan orang sekitarnya</p> <p>O :</p> <p>Suhu : 39</p> <p>Nadi : 112 x/menit</p> <p>RR : 24 x/menit</p> <p>GCS : 456</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>                             |  |
|  |  |  |  | <p>19/01/22</p> <p>07.00</p> | <p>S :</p> <p>Ibu pasien mengatakan An. S masih minta ditemani saat ke toilet</p> <p>O :</p> <p>Suhu : 37,3</p> <p>Nadi : 110 x/menit</p> <p>SpO2 : 99</p> <p>Porsi makan : ¼ porsi</p> <p>RR : 24 x/menit</p> <p>GCS : 456</p> <p>A :</p> |  |

|    |  |   |            |                       |  |            |
|----|--|---|------------|-----------------------|--|------------|
|    |  |   |            |                       | Masalah belum teratasi<br>P :<br>Intervensi dilanjutkan  |            |
| 1. | 19/01/22<br><br>07.30<br><br>10.00<br><br>11.00<br><br>12.00 | <p>Memantau keadaan umum pasien<br/>(akral hangat, pews 0)<br/>Observasi TTV<br/>(suhu 36,4 °C, nadi 112 x/menit, RR 24 x/menit)</p> <p>Memantau pasien agar banyak minum air putih<br/>(± 8 gelas sehari)</p> <p>dr. visite<br/>(terapi tetap)<br/>Injeksi ceftriaxon 500 mg/iv<br/>(tidak ada reaksi negatif setelah pemberian obat)</p> <p>Memantau keadaan umum pasien<br/>(akral hangat, pews 0)<br/>Observasi TTV</p> | <b>NUR</b> | 19/01/22<br><br>13.30 | <p>Dx 1 :<br/>Hipertermia<br/>S :<br/>Ibu pasien mengatakan demam An. S sudah turun<br/>O :<br/>Suhu : 37,1<br/>Nadi : 110 x/menit<br/>SpO2 : 99<br/>Porsi makan :<br/>¼ porsi<br/>RR : 26 x/menit<br/>GCS : 456<br/>A : masalah teratasi sebagian<br/>P :</p> | <b>NUR</b> |

|  |       |  |  |                   |   |  |
|--|-------|--|--|-------------------|---|--|
|  |       | (suhu 37,1 °C, nadi 110 x/menit, RR 24 x/menit)  |  |                   | Intervensi dilanjutkan  |  |
|  | 15.00 | Memberikan diit siang sesuai dengan diit pasien<br>Injeksi antrain 150 mg/iv<br>(tidak ada reaksi negatif setelah pemberian obat)<br>Memantau keadaan umum pasien<br>(akral hangat, pews 0)<br>Observasi TTV<br>(suhu 36°C, nadi 110 x/menit, RR 26 x/menit) |  | 19/01/22<br>20.30 | S :<br>Ibu mengatakan suhu tubuh An. S naik lagi<br>O :<br>Suhu : 37,8<br>Nadi : 110 x/menit<br>RR : 24 x/menit<br>SpO2 : 99<br>GCS : 456<br>A :<br>Masalah belum teratasi<br>P :<br>Intervensi dilanjutkan |  |
|  | 20.00 | Injeksi antrain 150 mg/iv<br>(tidak ada reaksi negatif setelah pemberian obat)<br>Injeksi ceftriaxon 500 mg/iv<br>(tidak ada reaksi negatif setelah pemberian obat)  |  |                   |   |  |
|  | 22.00 | Memantau keadaan umum pasien<br>(akral hangat, pews 0)   |  |                   |   |  |
|  | 00.00 | Pasien istirahat   |  |                   |   |  |
|  | 04.00 | Observasi TTV<br>(suhu 37,6°C, nadi 110 x/menit, RR 24 x/menit)<br>Injeksi antrain 150 mg/iv<br>(tidak ada reaksi negatif setelah pemberian obat)  |  | 19/01/22<br>07.00 | S :<br>Ibu pasien mengatakan demam An. S sudah turun<br>O :<br>Suhu : 36<br>Nadi : 110 x/menit<br>SpO2 : 99   |  |

|    |          |   |                   |          |   |                   |
|----|----------|---|-------------------|----------|---|-------------------|
|    |          |   |                   |          | <p>Porsi makan :<br/>¼ porsi</p> <p>RR : 26<br/>x/menit</p> <p>GCS : 456</p> <p>A :</p> <p>Masalah sudah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>   |                   |
| 3. | 19/01/22 | <p>08.00 Monitor tanda-tanda ansietas</p> <p>(An. S sudah terlihat rileks dari sebelumnya)</p> <p>12.00 Memantau keadaan umum pasien</p> <p>(akral hangat, pews 0)</p> <p>Observasi TTV</p> <p>(suhu 37,1 °C, nadi 110 x/menit, RR 24 x/menit)</p> <p>Memberikan diit siang sesuai dengan diit pasien</p> <p>15.00 Memantau keadaan umum pasien</p> <p>(akral hangat, pews 0)</p> <p>00.00 Pasien istirahat</p> <p>04.00 Memantau keadaan umum pasien</p> <p>(akral hangat, pews 0)</p> | <i><b>NUR</b></i> | 19/01/22 | <p>13.30 Dx 3 :<br/>Ansietas</p> <p>S :</p> <p>An. S sudah tidak uring-uringan</p> <p>O :</p> <p>Suhu : 36</p> <p>Nadi : 110 x/menit</p> <p>SpO2 : 99</p> <p>Porsi makan :<br/>¼ porsi</p> <p>RR : 26 x/menit</p> <p>GCS : 456</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> | <i><b>NUR</b></i> |

|  |  |  |  |                   |   |  |
|--|--|--|--|-------------------|---|--|
|  |  |  |  | 19/01/22<br>20.30 | <p>P :<br/>Intervensi dilanjutkan</p> <p>S :<br/>Ibu pasien mengatakan A. S sudah tidak tegang dan gelisah</p> <p>O :<br/>Suhu : 37,8<br/>Nadi : 110 x/menit<br/>RR : 24 x/menit<br/>SpO2 : 99<br/>GCS : 456</p> <p>A :<br/>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :<br/>Intervensi dilanjutkan</p> |  |
|  |  |  |  | 19/01/22<br>07.00 | <p>S :<br/>Ibu pasien mengatakan An. S sudah mulai ada kontak mata yang baik dengan orang lain</p>  |  |

|    |          |   |            |          |   |            |
|----|----------|---|------------|----------|---|------------|
|    |          |   |            |          | <p>O :</p> <p>Suhu : 37,1</p> <p>Nadi : 110<br/>x/menit</p> <p>SpO2 : 98</p> <p>Porsi makan :<br/>¼ porsi</p> <p>RR : 24<br/>x/menit</p> <p>GCS : 456</p> <p>A :</p> <p>Masalah sudah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>            |            |
| 4. | 19/01/22 | <p>09.30 Memfasilitasi anak untuk untuk melatih keterampilan pemenuhan kebutuhan secara mandiri (toileting)</p> <p>12.00 Memantau keadaan umum pasien (akral hangat, pews 0)</p> <p>Observasi TTV (suhu 37,1 °C, nadi 110 x/menit, RR 24 x/menit)</p> <p>Memberikan diit siang sesuai dengan diit pasien</p> <p>15.00 Memantau keadaan umum pasien (akral hangat, pews 0)</p> <p>Pasien istirahat</p> | <i>NUR</i> | 19/01/22 | <p>13.30 Dx 4 : Gangguan Tumbuh Kembang</p> <p>S :</p> <p>Ibu pasien mengatakan anak sudah dibiasakan untuk belajar ke toilet sendiri</p> <p>O :</p> <p>Suhu : 36</p> <p>Nadi : 110<br/>x/menit</p> <p>SpO2 : 99</p> <p>Porsi makan :<br/>¼ porsi</p> | <i>NUR</i> |

|  |                           |  |  |                              |   |  |
|--|---------------------------|--|--|------------------------------|---|--|
|  | <p>00.00</p> <p>04.00</p> | <p>Memantau keadaan umum pasien<br/>(akral hangat, pews 0)</p> |  | <p>19/01/22</p> <p>13.30</p> | <p>RR : 26<br/>x/menit</p> <p>GCS : 456</p> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p><br><p>S :</p> <p>Ibu Pasien mengatakan An. S sudah mulai ada kontak mata yang baik dengan orang sekitarnya</p> <p>O :</p> <p>Suhu : 39</p> <p>Nadi : 112<br/>x/menit</p> <p>RR : 24<br/>x/menit</p> <p>GCS : 456</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> |  |
|--|---------------------------|--|--|------------------------------|---|--|

|  |  |  |  |                   |  |  |
|--|--|--|--|-------------------|--|--|
|  |  |  |  | 19/01/22<br>07.00 | <p>S :</p> <p>Ibu pasien mengatakan An. S masih ditemani saat ke toilet tetapi diluar pintu</p> <p>O :</p> <p>Suhu : 37,1</p> <p>Nadi : 110 x/menit</p> <p>SpO2 : 98</p> <p>Porsi makan : ¼ porsi</p> <p>RR : 24 x/menit</p> <p>GCS : 456</p> <p>A :</p> <p>Masalah sudah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p> |  |
|--|--|--|--|-------------------|--|--|

|    |          |   |            |                   |  |            |
|----|----------|---|------------|-------------------|--|------------|
| 1. | 20/01/22 |   | <b>NUR</b> | 20/01/22          | Dx 1 :<br>hipertermia  | <b>NUR</b> |
|    | 08.00    | Memantau keadaan umum pasien<br>(akral hangat, pews 0)<br>Injeksi ceftriaxon 500 mg/iv<br>(tidak ada reaksi negatif setelah pemberian obat)                                   |            | 13.30             | S:<br>ibu pasien mengatakan An. S tidak demam                              |            |
|    | 08.30    | dr. visite<br>(infus 1000 cc/24 jam 14 tpm dan besok cek UL)  |            |                   | O :<br>Suhu : 36,5<br>Nadi : 112 x/menit<br>SpO2 : 99                      |            |
|    | 12.00    | Memantau keadaan umum pasien<br>(akral hangat, pews 0)<br>Observasi TTV<br>(suhu 36,5 °C, nadi 112 x/menit, RR 26 x/menit)<br>Memberikan diit siang sesuai dengan diit pasien |            |                   | Porsi makan :<br>¼ porsi<br>RR : 26 x/menit<br>GCS : 456<br>A :            |            |
|    | 15.00    | Memantau keadaan umum pasien<br>(akral hangat, pews 0)<br>Injeksi ceftriaxon 500 mg/iv  |            |                   | P :<br>Intervensi dilanjutkan  |            |
|    | 20.00    | (tidak ada reaksi negatif setelah pemberian obat)<br>Pasien istirahat   |            | 20/01/22<br>20.30 | S:<br>ibu pasien mengatakan An. S tidak demam                              |            |
|    | 00.00    | Memantau keadaan umum pasien  |            |                   | O :  |            |
|    | 04.00    | (akral hangat, pews 0)  |            |                   | Suhu : 36,5<br>Nadi : 114 x/menit<br>SpO2 : 99<br>Porsi makan :<br>½ porsi |            |

|  |  |  |  |                   |  |  |
|--|--|--|--|-------------------|--|--|
|  |  |  |  |                   | RR : 26<br>x/menit<br>GCS : 456<br>A :<br>Masalah belum teratasi<br>P :<br>Intervensi dilanjutkan  |  |
|  |  |  |  | 20/01/22<br>07.00 | S:<br>ibu pasien mengatakan An. S tidak demam<br>O :<br>Suhu : 36,5<br>Nadi : 112 x/menit<br>SpO2 : 99<br>RR : 24 x/menit<br>GCS : 456<br>A :<br>Masalah belum teratasi<br>P :<br>Intervensi dilanjutkan |  |

|    |          |   |            |          |   |            |
|----|----------|---|------------|----------|---|------------|
| 1. | 21/01/22 |   | <b>NUR</b> | 21/01/22 | Dx 1 :<br>hipertermia   | <b>NUR</b> |
|    | 08.00    | Memantau keadaan umum pasien<br>(akral hangat, pews 0)<br>Injeksi ceftriaxon 500 mg/iv<br>(tidak ada reaksi negatif setelah pemberian obat) |            | 10.00    | S :<br>Ibu pasien mengatakan An. S sudah rutin BAK  |            |
|    | 10.00    | dr. visite<br>(hasil cek UL bact 0.0, acc KRS)  |            |          | O :<br>Suhu : 36,8<br>Nadi : 110 x/menit<br>SpO2 : 99<br>Porsi makan : ¼ porsi<br>RR : 20 x/menit<br>GCS : 456<br>Hasil UL bakteri 0.0<br>A :<br>Masalah sudah teratasi<br>P :<br>Intervensi dihentikan |            |

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Infeksi Saluran Kemih di Ruang DII Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien sehingga klien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

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

Pada riwayat penyakit sekarang di tinjauan kasus didapatkan pasien datang ke IGD dengan keluhan demam suhu tubuh 38,1°C lalu diberi terapi injeksi antrain 150 mg/iv dan dilakukan pemeriksaan penunjang cek DL dan UL, saat dilakukan pengkajian di ruang DII keesokan harinya didapatkan keluhan utama suhu badan masih belum stabil atau naik turun dengan hasil observasi suhu 36,4 °C dan juga belum BAK selama 1 hari yang lalu, dan juga didapatkan hasil cek UL adanya bakteri 25.1, tidak ada keluhan nyeri saat berkemih dan tidak ada mual atau muntah. Sedangkan pada tinjauan teori keluhan klien biasanya berupa rasa sakit atau rasa panas di uretra, sakit kepala, malaise, mual, muntah, demam, menggigil, rasa tidak enak atau nyeri pinggang (Bayar, 2018). Penulis berasumsi bahwa saat pengkajian suhu tubuh pasien sudah turun dan tidak demam dikarenakan pasien sudah diberi terapi injeksi antrain 150

mg/iv namun suhu tubuh pasien masih belum stabil dan masih naik turun dan alasan mengapa hanya keluhan demam saja yang muncul salah satunya adalah infeksi saluran kemih pasien hanya karena bakteri dalam urin tinggi, karena bakteri adalah salah satu penyebab infeksi dan tanda gejala infeksi salah satunya yaitu demam

Pada pemeriksaan fisik dan kebutuhan dasar di tinjauan kasus didapatkan ekspresi wajah tidak meringis tetapi sedikit tegang, konjungtiva tidak anemis, mukosa bibir lembab dan lidah bersih, tidak ada distensi abdomen maupun nyeri tekan, kulit tidak kering. Frekuensi makan 3x sehari habis  $\frac{1}{4}$  porsi dan minum  $\pm$  6-8 gelas sehari, tidak ada mual dan muntah, pola eliminasi pasien sering menahan kencing karena kebiasaan diantar ibunya saat ingin ke toilet sehingga ketika pasien berada jauh dalam jangkauan ibunya pasien memilih menahan kencing, saat pengkajian ibu pasien mengatakan An. S belum BAK 1 hari yang lalu sejak pengambilan sampel urin untuk cek UL di IGD, tidak ada nyeri saat berkemih, pola istirahat dan tidur pasien normal dan tidak ada gangguan tidur. Sedangkan pada tinjauan teori biasanya didapatkan wajah meringis, konjungtiva anemis bila terjadi hematuria, mulut kering dan lidah kotor, terdapat distensi abdomen dan nyeri tekan serta kulit kering, frekuensi makan dan minum berkurang karena adanya mual dan muntah, pola eliminasi adanya nyeri saat berkemih serta bau urin yang tidak menyenangkan, terdapat gangguan tidur karena seringnya BAK dan rasa nyeri serta rasa mual dan muntah (Bayar, 2018). Penulis berasumsi bahwa konjungtiva pasien tidak anemis karena tidak terjadi hematuria, pola eliminasi yang salah karena sering menahan kencing menyebabkan bakteri akan tertampung di uretra sehingga hasil UL bakteri tinggi, kurangnya pengetahuan keluarga bahwa pentingnya mengajarkan toileting kepada anak agar mandiri ke toilet.

## 4.2 Diagnosa keperawatan

Dalam penelitian ini diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan dengan anak dengan infeksi saluran kemih yang diatur dalam SDKI (2016) menurut (Jeklin, 2016) adalah:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) ditandai dengan Suhu tubuh diatas nilai normal, kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, dan kulit terasa hangat.
2. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan Mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah.
3. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan kelemahan otot pelvis, ketidakmampuan mengakses toilet (misalnya imobilisasi), hambatan lingkungan, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan elimiasi ditandai dengan Desakan berkemih (urgensi), urin menetes (dribbling), sering buang air kecil, nokturia, mengompol
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi ditandai dengan Menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.

Dalam tinjauan kasus terdapat 4 diagnosa keperawatan yaitu :

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)
2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
4. Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan defisiensi stimulus

Penulis tidak mengambil diagnosa nyeri akut dan gangguan eliminasi urin yang seperti di tinjauan teori karena pasien tidak ada keluhan nyeri saat berkemih serta nyeri tekan pada abdomen dan juga pasien tidak mengalami nocturia dan tidak ada distensi kandung kemih maupun rasa tidak nyaman atau gangguan saat BAK lainnya, lalu penulis mendapatkan 2 diagnosa lain diluar yang tertera pada tinjauan teori yaitu yang pertama ansietas karena pasien terlihat gelisah, tegang, kurangnya kontak mata dengan orang lain dan uring-uringan saat didatangi perawat, yang kedua adalah gangguan tumbuh kembang karena kurangnya toilet training dari keluarga atau ibunya yang menyebabkan pasien tidak bisa memenuhi kebutuhan kebersihan atau toileting dirinya sendiri disaat umur yang sudah seharusnya melakukan toileting mandiri tanpa dampingan keluarga atau ibu, serta berat badan yang kurang dari batas normal usia anak 6 tahun yang seharusnya 20 Kg dengan rumus  $(2 \times n \text{ (usia)} + 8 \rightarrow 2 \times 6 + 8 = 20)$  tetapi pada pasien didapatkan berat badan 14,6 Kg.

#### **4.3 Perencanaan**

Berikut adalah intervensi keperawatan infeksi saluran kemih yang telah disesuaikan dengan kondisi pasien :

1. Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : suhu tubuh normal ( $36,4^{\circ}\text{C}$ ), suhu kulit tidak teraba panas. Intervensi yang disusun adalah Mengidentifikasi penyebab hipertermia, monitor suhu tubuh, berikan cairan oral (minum  $\pm 6$  gelas sehari), lakukan kompres dengan air hangat, kolaborasi pemberian cairan intravena dengan rumus kebutuhan cairan ( BB pasien 14,6 Kg,  $10 \text{ (Kg)} \times 100 \text{ ml} + 4 \text{ (Kg)} \times 50 \text{ ml} = 1200 \text{ cc}$ ).

2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil : mampu menjelaskan kembali tentang penyakit yang diderita anak, memperlihatkan perilaku sesuai dengan anjuran, memperbaiki persepsi yang keliru terhadap penyakit yang diderita anak. Intervensi yang disusun adalah Memberikan informasi pada ibu pasien tentang perjalanan penyakit anaknya, Memberikan penjelasan pada ibu pasien tentang setiap tindakan keperawatan yang diberikan, Menjelaskan/mengedukasi ibu pasien tentang penyakit yang dialami An. S, Meganjurkan keluarga agar tetap menemani pasien, Melatih teknik relaksasi napas dalam.

3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat ansietas membaik dengan kriteria hasil : tidak menunjukkan perilaku gelisah dan tegang, adanya kontak mata dengan orang lain. Intervensi yang disusun adalah monitor tanda-tanda ansietas, menciptakan suasana terapeutik, latih teknik relaksasi napas dalam.

4. Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan difisiensi stimulus

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan status perkembangan membaik dengan kriteria hasil : menunjukkan perilaku/keterampilan sesuai usia, menunjukkan kemampuan melakukan perawatan diri (toileting yang baik dan benar). Intervensi yang disusun adalah memfasilitasi anak untuk untuk melatih keterampilan pemenuhan kebutuhan secara mandiri (toileting), mengajarkan anak keterampilan berinteraksi, menjelaskan kepada orangtua tentang perkembangan anak dan perilaku anak.

#### 4.4 Pelaksanaan

Berikut ini adalah implementasi yang telah dilakukan pada An. S dengan diagnosa ISK (Infeksi Saluran Kemih) sesuai rencana keperawatan diatas :

1. Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)

Tindakan yang dilakukan adalah Mengidentifikasi penyebab hipertermia (proses infeksi), monitor suhu tubuh, meberikan kompres air hangat, kolaborasi pemberian cairan intravena 1200 cc/24 jam (17 tpm) dan injeksi antrain 150 mg/iv. implementasi dilakukan sesuai rencana dan tidak ada intervensi yang tidak dilakukan.

2. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan ketidakmampuan mengakses toilet

Tindakan yang dilakukan adalah mengidentifikasi kebiasaan BAK (sering menahan kencing), Memantau pasien agar banyak minum air putih ( $\pm$  6 gelas sehari), kolaborasi pemberian Injeksi ceftriaxon 500 mg/iv, Mengedukasi pentingnya BAK secara rutin. Ada bebrapa intervensi yang tidak dilakukan yaitu dukung penggunaan toilet secara konsisten dan latih BAK sesuai jadwal karena pasien dan keluarga mampu memanfaatkan penggunaak toilet saat di ruangan dan pasien sduah mampu BAK secara rutin tanpa harus dijadwalkan.

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tindakan yang dilakukan adalah Memberikan informasi pada ibu pasien tentang perjalanan penyakit anaknya, Memberikan penjelasan pada ibu pasien tentang setiap tindakan keperawatan yang diberikan, Menjelaskan/mengedukasi ibu pasien tentang penyakit yang dialami An. S, Meganjurkan keluarga agar tetap menemani pasien, Melatih teknik relaksasi napas dalam. implementasi dilakukan sesuai rencana dan tidak ada intervensi yang tidak dilakukan.

4. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Tindakan yang dilakukan adalah monitor tanda-tanda ansietas, menciptakan suasana terapeutik, latih teknik relaksasi napas dalam. implementasi dilakukan sesuai rencana dan tidak ada intervensi yang tidak dilakukan.

5. Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan difisiensi stimulus

Tindakan yang dilakukan adalah memfasilitasi anak untuk untuk melatih keterampilan pemenuhan kebutuhan secara mandiri (toileting), mengajarkan anak keterampilan berinteraksi, menjelaskan kepada orangtua tentang perkembangan anak dan perilaku anak. implementasi dilakukan sesuai rencana dan tidak ada intervensi yang tidak dilakukan.

#### **4.5 Evaluasi**

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus sudah dapat dilakukan evaluasi karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

1. Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) dapat teratasi pada tanggal 21 Januari 2022.
2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dapat teratasi pada tanggal 19 Januari 2022.
3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional dapat teratasi pada tanggal 20 Januari 2022
4. Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan difisiensi stimulus dapat teratasi pada tanggal 20 Januari 2022

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada An. S dengan Infeksi Saluran Kemih di Ruang Anak DII Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

#### **5.1 Simpulan**

Berikut ini adalah simpulan tentang asuhan keperawatan yang telah dilakukan :

1. Pada pengakjian riwayat penyakit sekarang didapatkan pasien datang ke IGD dengan keluhan demam suhu tubuh 38,1°C lalu diberi terapi injeksi antrain 150 mg/iv dan dilakukan pemeriksaan pennunjang cek DL dan UL, saat dilakukan pengkajian di ruang DII keesokan harinya didapatkan keluhan utama suhu badan masih belum stabil atau naik turun dengan hasil observasi suhu 36,4 °C dan juga belum BAK selama 1 hari yang lalu, dan juga didapatkan hasil cek UL adanya bakteri 25.1, tidak ada keluhan nyeri saat berkemih dan tidak ada mual atau muntah. Pada pemeriksaan fisik dan kebutuhan dasar di tinjauan kasus didapatkan ekspresi wajah tidak meringis tetapi sedikit tegang, konjungtiva tidak anemis, mukosa bibir lembab dan lidah bersih, tidak ada distensi abdomen maupun nyeri tekan, kulit tidak kering. Frekuensi makan 3x sehari habis ¼ porsi dan minum ± 6-8 gelas sehari, tidak ada mual dan muntah, pola eliminasi pasien sering menahan kencing karena kebiasaan diantar ibunya saat ingin ke toilet sehingga ketika pasien berada jauh dalam jangkauan ibunya pasien memilih menahan kencing, saat pengkajian ibu pasien mengatakan An. S belum BAK 1 hari yang lalu sejak pengambilan sampel urin untuk cek UL di IGD, tidak ada nyeri saat berkemih, pola istirahat dan tidur pasien normal dan tidak ada gangguan tidur.

2. Pada pasien ini muncul beberapa diagnosa yaitu : Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi), Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan ketidakmampuan mengakses toilet, Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan difisiensi stimulus.
3. Intervensi yang disusun untuk hipertermia adalah Mengidentifikasi penyebab hipertermia, monitor suhu tubuh, berikan cairan oral (minum  $\pm$  6 gelas sehari), lakukan kompres dengan air hangat, kolaborasi pemberian cairan intravena dengan rumus kebutuhan cairan ( BB pasien 14,6 Kg,  $10 \text{ (Kg)} \times 100 \text{ ml} + 4 \text{ (Kg)} \times 50 \text{ ml} = 1200 \text{ cc}$ ). Untuk defisit pengetahuan adalah Memberikan informasi pada ibu pasien tentang perjalanan penyakit anaknya, Memberikan penjelasan pada ibu pasien tentang setiap tindakan keperawatan yang diberikan, Menjelaskan/mengedukasi ibu pasien tentang penyakit yang dialami An. S, Meganjurkan keluarga agar tetap menemani pasien, Melatih teknik relaksasi napas dalam. Untuk ansietas adalah monitor tanda-tanda ansietas, menciptakan suasana terapeutik, latih teknik relaksasi napas dalam. Untuk gangguan tumbuh kembang adalah melatih keterampilan pemenuhan kebutuhan secara mandiri (toileting), mengajarkan anak keterampilan berinteraksi, menjelaskan kepada orangtua tentang perkembangan anak dan perilaku anak.
4. Tindakan yang dilakukan kepada pasien, untuk hipertermia adalah mengidentifikasi penyebab hipertermia (proses infeksi), monitor suhu tubuh, meberikan kompres air hangat, kolaborasi pemberian cairan intravena 1200 cc/24 jam (17 tpm) dan injeksi antrain 150 mg/iv dan injeksi ceftriaxon 500 mg/iv. implementasi dilakukan sesuai rencana dan tidak ada intervensi yang tidak dilakukan. Untuk defisit pengetahuan adalah memberikan informasi pada ibu pasien tentang perjalanan penyakit anaknya, Memberikan penjelasan pada ibu pasien tentang setiap tindakan keperawatan yang

diberikan, Menjelaskan/mengedukasi ibu pasien tentang penyakit yang dialami An. S, Meganjurkan keluarga agar tetap menemani pasien, Melatih teknik relaksasi napas dalam. implementasi dilakukan sesuai rencana dan tidak ada intervensi yang tidak dilakukan. Untuk ansietas adalah monitor tanda-tanda ansietas, menciptakan suasana terapeutik, latih teknik relaksasi napas dalam. implementasi dilakukan sesuai rencana dan tidak ada intervensi yang tidak dilakukan. Untuk gangguan tumbuh kembang adalah memfasilitasi anak untuk untuk melatih keterampilan pemenuhan kebutuhan secara mandiri (toileting), mengajarkan anak keterampilan berinteraksi, menjelaskan kepada orangtua tentang perkembangan anak dan perilaku anak. implementasi dilakukan sesuai rencana dan tidak ada intervensi yang tidak dilakukan.

5. Hasil evaluasi pada tanggal 19 Januari 2022 masalah keperawatan deficit pengetahuan sudah teratasi, pada tanggal 20 Januari 2022 ansietas dan gangguan tumbuh kembang sudah teratasi, pada tanggal 21 Januari 2022 masalah keperawatan hipertermi sudah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 22 Januari 2022.

## 5.2 Saran

1. Adapun beberapa saran yang dapat diberikan oleh penulis, sebagai berikut :

Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.

2. Perawat sebagai petugas kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan infeksi saluran kemih
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang keperawatan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara kompherensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Apriany, D. (2013). Hubungan Antara Hospitalisasi Anak dengan Tingkat Kecemasan Orang Tua. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, Vol. 8(No. 2), 92–104.  
<http://jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/view/185/86gmbran>
- Bayar, S. (2018). *No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における健康関連指標に関する共分散構造分析Title.*
- Jeklin, A. (2016). *済無No Title No Title No Title. July*, 1–23.
- Nahriyah, S. (2017). Tumbuh kembang anak di era digital. *Risalah, Jurnal Pendidikan dan Studi Islam*, 4(1), 65–74. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3552008>
- Widyani, P. A. (2011). TENTANG IMUNISASI DASAR LENGKAP PADA BAYI SEBELUM USIA 1 TAHUN TESIS Untuk Memenuhi Persyaratan Mencapai Derajat Magister Program Studi Magister Kedokteran Keluarga Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan Oleh: AGNES WIDYANI PALUPI NIM S540209101 PROGRA. *Tesis.*  
<https://eprints.uns.ac.id/id/eprint/6114>

## Leaflet 1 Infeksi Saluran Kemih

### INFEKSI SALURAN KEMIH (ISK) PADA ANAK



Penyusun :

**Nur Rohana Irmayanti**

**1920031**

**STIKES Hang Tuah  
Surabaya**

### Apa itu ISK???

Infeksi Saluran Kemih (ISK) adalah suatu infeksi pada saluran perkemihan yang disebabkan oleh mikroorganisme patogen yang ditandai terdapatnya 105 /ml bakteri patogen dalam urine seseorang.

Infeksi Saluran Kemih (ISK) sering terjadi pada anak usia 5 tahun, 8% anak perempuan dan 2% anak laki-laki pernah mengalami Infeksi Saluran Kemih (ISK) setidaknya satu kali

7 fakta yang wajib ibu tahu seputar ISK pada anak dan bayi :

1. Gejalanya tidak nampak pada bayi
2. Popok basah yang kotor adalah tempat berkembang biak yang ideal bagi kuman
3. Anak perempuan umumnya lebih beresiko terkena ISK
4. Anak laki-laki yang belum disunat lebih berpotensi mengalami ISK
5. Untuk diagnosis yang tepat dibutuhkan sampel urin
6. Dampaknya bisa mematikan
7. Jangan menunggu sampai ISK terjadi

### Tanda & Gejala ISK

Jika ISK terjadi, gejalanya antara lain :

1. Nyeri yang sering dan rasa panas ketika berkemih (sistitis)
2. Hematuria (kencing berdarah)
3. Nyeri punggung
4. Demam dan Menggigil
5. Nyeri ketika berkemih

### Cara Mencegah ISK

1. Pada bayi dan balita, sering mengganti popok dapat membantu mencegah ISK
2. Semua anak harus diajarkan untuk tidak menahan kencing, karena urin yang masih dikandung kemih memberikan bakteri tempat yang baik untuk tumbuh
3. Minum air yang banyak
4. Selalu membersihkan area kemaluan dari depan kebelakang

### Komplikasi ISK

Adapun komplikasi yang ditimbulkan yaitu :

1. Pyelonefritis  
Infeksi yang naik dari ureter ke ginjal, tubulus reflux urethrosesikal 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.