

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA  
NYAMAN PADA PASIEN INFEKSI SALURAN KEMIH (ISK)  
DI RS BHAYANGKARA BENGKULU  
TAHUN 2022**



**Disusun Oleh :**

**TRIA ANISA KUSUMAH**  
**NIM. PO 5120219036**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU  
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI  
DIPLOMA III KEPERAWATAN  
TAHUN 2022**

**HALAMAN JUDUL  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA  
NYAMAN PADA PASIEN INFEKSI SALURAN KEMIH (ISK)  
DI RS BHAYANGKARA BENGKULU  
TAHUN 2022**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Diploma  
Tiga Keperawatan pada Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

**Disusun Oleh :**

**TRIA ANISA KUSUMAH**  
**NIM. P05120219036**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU  
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI  
DIPLOMA III KEPERAWATAN  
TAHUN 2022**

**HALAMAN PERSETUJUAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA  
NYAMAN PADA PASIEN INFEKSI SALURAN KEMIH (ISK)  
DI RS BHAYANGKARA BENGKULU  
TAHUN 2022**

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh

**TRIA ANISA KUSUMAH**  
**NIM. P05120219036**

Karya tulis ini telah Diperiksa dan Disetujui untuk Dipresentasikan Dihadapan  
Penguji Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu

Pada tanggal 11 Juli 2022

Oleh  
Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



**Ns. Hendri Heriyanto, S. Kep., M. Kep**  
**NIP. 198205152002121004**

**HALAMAN PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA  
NYAMAN PADA PASIEN INFEKSI SALURAN KEMIH (ISK)  
DI RS BHAYANGKARA BENGKULU  
TAHUN 2022**

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh:

**TRIA ANISA KUSUMAH**  
**NIM. P05120219036**

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diuji dan Dinilai Oleh Panitia  
Penguji Program Studi Diploma III Keperawatan  
Poltekkes Kemeneks Bengkulu

Pada Tanggal 13 Juli 2022

Panitia Penguji

1. **Sariman Pardosi, S.Kp., M.Si (Psi)**  
**NIP. 196403031986031005**

(.....)

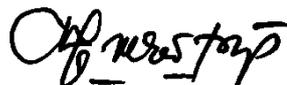
2. **Ns. Hermansyah, S. Kep., M.Kep**  
**NIP. 197507161997031002**

(.....)

3. **Ns. Hendri Heriyanto, S. Kep., M. Kep**  
**NIP. 198205152002121004**

(.....)

Mengetahui,  
Ketua Prodi DIII Keperawatan



**Asmawati, S.Kp., M.Kep**  
**NIP. 197502022001122002**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien Infeksi Saluran Kemih (ISK) di RS Bhayangkara Bengkulu”.

Dalam penyusunan Karya Tulis ini penulis mendapatkan bimbingan dan bantuan baik materi maupun nasihat dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Eliana, SKM., M.PH selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
2. Ibu Ns. Septiyanti, S.Kep., M.Pd selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
3. Ibu Asmawati, S.Kp., M.kep selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Bengkulu.
4. Bapak Ns. Hendri Heriyanto, S.Kep.,M.Kep yang telah banyak meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh kesabaran dan penuh perhatian kepada penulis dalam menyusun proposal Studi Kasus ini.
5. Bapak Sariman Pardosi,S.Kp.,M.Si(Psi) dan Bapak Ns.Hermansyah., M.Kep selaku penguji seminar hasil Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan saran agar Karya Tulis ini dapat lebih baik.
6. Seluruh Dosen dan Staf Prodi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
7. Pasien kelolaan Tn.H dan keluarga beserta seluruh tenaga medis lain yang bertugas di RS Bhayangkara kota Bengkulu.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih banyak terdapat kekeliruan dan kekhilafan baik dari segi penulisan maupun penyusunan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan bimbingan

dari berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi di masa yang akan datang.

Penulis berharap semoga karya tulis ilmiah yang telah penulis susun ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta dapat membawa perubahan positif terutama bagi penulis sendiri dan mahasiswa Prodi Keperawatan Bengkulu lainnya.

Bengkulu, 11 Juli 2022

Penulis

## PERSEMBAHAN

Karya tulis ini saya persembahkan untuk :

1. Kedua orang tua tercinta yang telah melahirkan saya dan selalu membimbing, memberi semangat, dan motivasi dan memberi segalanya kepada saya, menjadi penyemangat dan alasan saya bisa tetap semangat, sehingga saya dapat menyelesaikan pendidikan DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
2. Teruntuk kakakku tersayang Selvi Alfatona dan Ario Puliano yang terus memberikan semangat kepada penulis dan mendukung sepenuh hati.
3. Sahabat penulis: Sri Wahyuni, Tiara Ariska Sari, dan Nur Aisyah yang menemani penulis setiap hari dan selalu siap sedia membantu kapanpun penulis membutuhkan bantuan.
4. Kakak asuh Veronika Simbolon, Sri Dewi Lestari, Veni Maisyah, dan adik asuh Cindy Afrianis, Rosilin Novita dan Novia yang telah memberikan banyak kenangan selama perkuliahan.
5. Kepada teman satu bimbingan Yola, Azel, Tia, Hanika dan Detia terimakasih atas dukungan dan kerja samanya.
6. Semua teman-teman angkatan 14 *Excellent Nursing Class* yang berjuang bersama agar dapat menyelesaikan pendidikan sebaik mungkin.
7. Untuk semua orang yang penulis sayangi dan pihak yang tidak bisa disebutkan satu per satu yang telah banyak memberikan bantuan, doa dan motivasi dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

## DAFTAR ISI

<b>HALAM JUDUL .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGATAR.....</b>	<b>v</b>
<b>PERSEMBAHAN.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR BAGAN.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL BAGAN .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	7
C. Tujuan.....	5
D. Manfaat.....	6
<b>BAB II TINJAUAN TEORITIS .....</b>	<b>8</b>
A. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman.....	8
1. Gangguan Rasa Nyaman .....	8
2. Nyeri.....	10
B. Manajemen Kebutuhan Rasa Nyaman .....	18
1. Terapi relaksasi napas dalam .....	18
2. Terapi aroma terapi lavender .....	18
C. Anatomi Dan Fisiologis Sistem Perkemihan .....	19
1. Ginjal.....	19
2. Ureter.....	22
3. Kandung kemih .....	23
4. Uretra dan Meatus .....	23
D. Konsep Dasar Infeksi Saluran Kemih .....	24
1. Definisi .....	24
2. Etiologi .....	24
3. Klasifikasi .....	25
4. Manifestasi klinis .....	26
5. Patofisiologi .....	27
6. Komplikasi .....	28
7. Pemeriksaan penunjang.....	29
8. Phatway .....	30
E. Konsep Asuhan Keperawatan Infeksi Saluran Kemih.....	31
1. Pengkajian .....	31
2. Diagnosa Keperawatan.....	37

3. Intervensi Keperawatan.....	39
4. Implementasi Keperawatan.....	44
5. Evaluasi Keperawatan.....	44
6. Jurnal Pendukung.....	45
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>47</b>
A. Rencana Studi Kasus.....	47
B. Subjek Penelitian.....	47
C. Fokus Studi Kasus.....	48
D. Definisi Operasional.....	48
E. Tempat Dan Waktu .....	48
F. Pengumpulan Data .....	49
G. Prosedur Pengumpulan Data.....	49
H. Keabsahan Data.....	50
I. Analisa Data .....	50
J. Etika Studi Kasus .....	50
<b>BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>52</b>
A. Hasil Studi Kasus .....	52
B. Pembahasan.....	80
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>85</b>
A. Kesimpulan .....	85
B. Saran.....	86
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>88</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1	<i>Skala Deskriptif Verbal (SDV)</i> .....	15
Gambar 2. 2	<i>Skala Wong-Baker Faces Pain Rating Scale</i> .....	15
Gambar 2. 3	<i>Skala nyeri I Numeric rating Scale (NRS)</i> .....	16
Gambar 2. 4	Anatomi Fisiologi sitem perkemihan .....	19
Gambar 2. 5	Nefron dan pembuluh darah .....	20

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	<i>Web Of Caution</i> (WOC) ISK.....	30
Bagan 4.1	Genogram Keluarga Pasien.....	54

## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1	Perbandingan Nyeri Akut Dengan Nyeri Kronis .....	14
Tabel 2. 2	Pengkajian Nyeri.....	16
Tabel 2. 3	Diagnosa ISK .....	37
Tabel 2. 4	Intervensi Keperawatan.....	39
Tabel 2. 5	Jurnal Pendukung.....	45
Tabel 4. 1	Pola Kebiasaan .....	55
Tabel 4. 2	Pemeriksaan Laboratorium .....	59
Tabel 4. 3	Pemeriksaan Urin Rutin .....	59
Tabel 4. 4	Terapi Pengobatan.....	60
Tabel 4. 5	Analisa Data.....	60
Tabel 4. 6	Diagnosa Keperawatan .....	61
Tabel 4. 7	Intervensi Keperawatan.....	62
Tabel 4. 8	Implementasi Keperawatan Hari Rawat 1 .....	67
Tabel 4. 9	Implementasi Keperawatan Hari Rawat 2 .....	70
Tabel 4. 10	Implementasi Keperawatan Hari Rawat 3 .....	72
Tabel 4. 11	Evaluasi Keperawatan Hari Rawat 1 .....	74
Tabel 4. 12	Evaluasi Keperawatan Hari Rawat 2 .....	76
Tabel 4. 13	Evaluasi Keperawatan Hari Rawat 3 .....	78

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Biodata mahasiswa
Lampiran 2	Format pengkajian nyeri
Lampiran 3	SOP terapi relaksasi
Lampiran 4	SOP terapi aromaterapi lavender
Lampiran 5	Surat izin pra penelitian Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Lampiran 6	Surat izin pra penelitian RS Bhayangkara Kota Bengkulu
Lampiran 7	Surat izin penelitian Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Lampiran 8	Surat izin penelitian RS Bhayangkara Kota Bengkulu
Lampiran 9	Surat keterangan selesai penelitian
Lampiran 10	Dokumentasi kegiatan
Lampiran 11	Lembar konsul pembimbing

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Pertumbuhan penduduk di berbagai Negara mengalami peningkatan yang signifikan, khususnya di Indonesia yang saat ini menjadi Negara dengan angka populasi terbesar ke-empat di dunia sebesar 274 juta jiwa dimana angka pertumbuhan penduduk memiliki sisi positif terkait sumber daya manusia maupun sosial dan kebudayaan. Namun, tingginya angka pertumbuhan penduduk tersebut juga memicu adanya berbagai macam gangguan kesehatan dalam kehidupan manusia, salah satunya infeksi saluran kemih (Eska J, 2018).

Infeksi Saluran Kemih (ISK) merupakan masalah kesehatan yang serius karena angka kejadian dan jumlah penderita yang masih tinggi, sehingga keadaan ini memerlukan perhatian yang lebih. Infeksi Saluran Kemih diakibatkan adanya pertumbuhan dan perkembangbiakan bakteri dalam saluran kemih, meliputi infeksi di parenkim ginjal sampai kandung kemih dengan jumlah bakteriuria yang bermakna (Syarofina, 2021). Infeksi saluran kemih adalah infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme patogen yang naik dari uretra ke kandung kemih dan berkembang biak serta meningkat jumlahnya sehingga menyebabkan infeksi pada ureter dan ginjal (Lestari, 2019).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2019 sebanyak 25 juta kematian diseluruh dunia pada tahun 2015, sepertiganya disebabkan oleh penyakit infeksi. Infeksi saluran kemih (ISK) merupakan penyakit infeksi yang menempati posisi kedua tertinggi di negara berkembang setelah infeksi luka operasi dengan presentase kasus sebesar 23,9% (Prasetyoningsih, 2020). ISK dengan keterlibatan bakteri tersering di komunitas dan hampir 10% orang pernah terkena ISK selama hidupnya. Sekitar 150 juta penduduk di seluruh dunia tiap tahunnya terdiagnosis menderita infeksi saluran kemih. Di Amerika Serikat ISK mencapai lebih dari 7 juta kunjungan setiap tahunnya. Kurang lebih 15% dari semua antibiotik yang diresepkan untuk masyarakat,

Amerika Serikat diberikan kepada penderita infeksi saluran kemih dan beberapa negara Eropa menunjukkan data yang sama (Kirana, 2016).

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2016 tercatat sebanyak 5-15% penduduknya pernah mengalami ISK dengan penderita ISK di Indonesia sendiri berjumlah 90 – 100 kasus per 100.000 penduduk pertahun nya atau sekitar 180.000 kasus baru pertahun. keadaan ini tidak terlepas dari taraf kesehatan masyarakat Indonesia yang masih jauh dari standar yang mmenyebabkan tingginya kasus ISK di Indonesia (Depkes RI, 2016). Pada lanjut usia prevalensi ISK berkisar antara 15 sampai 60%, rasio antara wanita dan laki-laki adalah 3 banding 1. Prevalensi muda sampai dewasa muda wanita kurang dari 5% dan laki-laki kurang dari 0,1% (Karjono, 2016).

Epidemiologi ISK Di Indonesia, ISK merupakan penyakit yang relatif sering pada semua usia mulai dari bayi sampai orang tua. Semakin bertambahnya usia, insidensi ISK lebih banyak terjadi pada perempuan dibandingkan laki-laki karena uretra wanita lebih pendek dibandingkan laki-laki (Purnomo, 2016). Menurut data penelitian epidemiologi klinik melaporkan 25%-35% semua perempuan dewasa pernah mengalami ISK. *National Kidney and Urology Disease Information Clearinghouse* (NKUDIC) juga mengungkapkan bahwa pria jarang terkena ISK, namun apabila terkena dapat menjadi masalah serius (NKUDIC, 2016).

Menurut Suharyanti (2018) Infeksi saluran kemih disebabkan oleh beberapa faktor resiko, faktor resiko yang umum pada kejadian infeksi saluran kemih adalah ketidak mampuan atau kegagalan kandung kemih untuk mengosongkan isinya secara sempurna, penurunan daya tahan tubuh, dan peralatan yang dipasang pada saluran kemih seperti kateter dan prosedur sistoskopi. Sedangkan Setiati (2016) mengatakan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan infeksi saluran kemih adalah jenis kelamin, usia, genetik, kelainan refluks, diabetes melitus, penggunaan kateter, aktivitas seksual, kebiasaan menahan buang air kecil (BAK), dan kurang minum air putih.

Manifestasi klinis yang umumnya ditemukan pada ISK adalah nyeri saat buang air kecil (disuria), frekuensi berkemih meningkat dan keinginan untuk segera buang air kecil (urgensi), nyeri suprapubik, nyeri pinggang, demam, hematuria dan urin berbau menyengat, serta anoreksia. Masalah keperawatan yang seringkali ditemukan pada pasien dengan ISK ialah nyeri akut, hipertermi, gangguan eliminasi urin, ketidakseimbangan nutrisi kecemasan (Ayu, 2020).

Seseorang yang menderita penyakit ISK merasakan ketidaknyamanan akibat dari gejala penyakit. Gejala-gejalanya seperti berikut : ayang ayangan atau rasa ingin buang air kecil lagi, dan nyeri saat berkemih karena nyeri tersebut tentunya dapat mengganggu pola tidur pasien. Terjadinya gangguan tidur berdampak pada meningkatnya frekuensi terbangun, dan sulit tertidur kembali. Ketidak puasan yang pada akhirnya mengakibatkan penurunan kualitas tidur (Irpandi, 2020).

Nyeri adalah suatu rasa yang tidak nyaman, baik ringan maupun berat, Nyeri bersifat sangat individual dan tidak dapat diukur secara subjektif, serta hanya pasien yang dapat merasakan adanya nyeri. Nyeri merupakan mekanisme fisiologis yang bertujuan untuk melindungi diri. Nyeri merupakan campuran reaksi fisik, emosi dan perilaku (Paspuel, 2021).

Kebutuhan rasa nyaman adalah salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi oleh setiap manusia. Hitarki kebutuhan manusia mengatur kebutuhan dasar dalam lima prioritas. Kebutuhan keselamatan dan kenyamanan, yang melibatkan fisik dan psikologis menjadi tingkatan kedua. Berbagai teori mengatakan kenyamanan sebagai kebutuhan dasar pasien yang merupakan tujuan pemberian dari asuhan keperawatan. Setiap individu memiliki karakteristik fisiologis, sosial, spiritual, dan kebudayaan mempengaruhi cara mereka menginterpretasikan dan merasakan nyeri.

Pada pasien Infeksi Saluran Kemih penanganannya menggunakan terapi farmakologi dan non farmakologi, penggunaan terapi farmakologi menggunakan antibiotik, sedangkan terapi non farmakologi salah satunya adalah menggunakan teknik relaksasi nafas dalam dan teknik relaksasi

aromaterapi lavender. Di Rumah Sakit Bhayangkara belum menerapkan terapi non farmakologi penggunaan teknik relaksasi menggunakan aromaterapi lavender, maka dari itu penulis tertarik untuk mengatasi nyeri dan kenyamanan pada pasien ISK menggunakan nafas dalam dan relaksasi aromaterapi lavender.

Terapi Relaksasi Nafas dalam merupakan salah satu tindakan non-Obat yang dapat dilakukan oleh pasien ISK dengan nyaman dan mudah, Menurut (Ayu, 2020) Teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi merupakan teknik nonfarmakologi untuk menurunkan nyeri. Sesuai dengan penelitian yang menunjukkan bahwa teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi yang dapat menurunkan intensitas nyeri pada klien. yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi dan meningkatkan oksigenasi darah (Arfa, 2016).

Terapi Aromaterapi Lavender Aromaterapi dapat digunakan untuk menurunkan tingkat nyeri sebagai alternatif pengobatan. Minyak esensial aromaterapi merangsang sel reseptor penciuman di hidung, menyebabkan impuls ditransfer ke sistem limbik di otak, yang bertanggung jawab untuk pengaturan suasana hati. Aromaterapi telah terbukti memiliki efek relaksasi dan menenangkan, serta kemampuan untuk meningkatkan sirkulasi darah. Aromaterapi adalah pilihan pengobatan murah dan bebas risiko untuk dismenore (Marzouk et al, 2016).

Hasil survei awal yang dilakukan, didapatkan informasi bahwa data rekam medik RS Bhayangkara pasien yang mengalami infeksi saluran kemih (ISK) pada tahun 2020 di ruang rawat inap 107 pasien dan pasien rawat jalan 207. Pada tahun 2021 data rekam medis untuk pasien Infeksi Saluran Kemih (ISK) 24 pasien rawat inap dan 154 pasien rawat jalan. Berdasarkan hasil pengamatan pada kasus infeksi saluran kemih di ruang rawat inap mawar RS

Bhayangkara Bengkulu di dapatkan keluhan yang paling banyak dirasakan oleh pasien adalah nyeri (Rekam Medik Bhayangkara, 2021).

Berdasarkan latar belakang diatas, upaya mengurangi nyeri pada klien infeksi saluran kemih menjadi prioritas dan perhatian. Maka peneliti tertarik mengangkat judul “Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Infeksi Saluran Kemih (ISK) di RS. Bhayangkara Tahun 2022” Peneliti tertarik untuk deskripsikan dan menganalisis tentang penanganan kasus Infeksi Saluran Kemih di RS Bhayangkara Kota Bengkulu. Pelaksanaan askep pada pasien berfokus pada klien Infeksi Saluran Kemih (ISK) dengan keluhan nyeri. Disinilah dibutuhkan peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan langsung secara mandiri, maupun kolaborasi dengan memperhatikan kebutuhan dasar manusia, tanda gejala yang ditemukan, dan memberikan pengetahuan tentang hal-hal yang dapat menyebabkan Infeksi Saluran Kemih, sehingga dapat mencegah dan mengurangi penderita yang mengalami Infeksi Saluran Kemih.

## **B. Rumusan Masalah**

Rumusan masalah yang dapat penulis angkat dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah “Bagaimana gambaran asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien Infeksi Saluran Kemih (ISK) di Rs Bhayangkara Bengkulu”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Diperoleh gambaran asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien dengan Infeksi Saluran Kemih (ISK), Serta mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien infeksi saluran kemih.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Diperoleh gambaran tentang pengkajian dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien dengan Infeksi Saluran Kemih

- (ISK) di ruang rawat inap Mawar RS Bhayangkara Bengkulu tahun 2022.
- b. Diperoleh gambaran diagnosa keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien dengan Infeksi Saluran Kemih (ISK) di ruang rawat inap Mawar RS Bhayangkara Bengkulu tahun 2022.
  - c. Diperoleh gambaran perencanaan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien dengan Infeksi Saluran Kemih (ISK) di ruang rawat inap Mawar RS Bhayangkara Bengkulu tahun 2022.
  - d. Diperoleh gambaran implementasi keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien dengan Infeksi Saluran Kemih (ISK) di ruang rawat inap Mawar RS Bhayangkara Bengkulu tahun 2022.
  - e. Diperoleh gambaran evaluasi keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien dengan Infeksi Saluran Kemih (ISK) di ruang rawat inap Mawar RS Bhayangkara Bengkulu tahun 2022.
  - f. Diperoleh gambaran dokumentasi keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien dengan Infeksi Saluran Kemih (ISK) di ruang rawat inap Mawar RS Bhayangkara Bengkulu tahun 2022.

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Bagi Mahasiswa

Untuk menambah pengetahuan dan wawasan bagi mahasiswa mengetahui tentang teori maupun asuhan keperawatan dengan masalah Infeksi Saluran Kemih.

2. Bagi Keluarga

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan Infeksi Saluran Kemih.

3. Bagi Pelayanan Kesehatan / Rumah Sakit

Dapat memberikan informasi tentang penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Infeksi Saluran Kemih. Menerapkan aplikasi proses asuhan keperawatan dengan masalah Infeksi Saluran Kemih.

4. Bagi Akademik

Laporan studi kasus ini memberikan sumbangan kepada mahasiswa keperawatan sebagai referensi untuk menambah wawasan dan bahan masukan dalam kegiatan belajar mengajar yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada pasien Infeksi Saluran Kemih.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman**

##### **1. Gangguan Rasa Nyaman**

###### **a. Kenyamanan**

Kenyamanan merupakan suatu keadaan seseorang merasa sejahtera atau nyaman baik secara mental, fisik maupun sosial. Kenyamanan menurut (Keliat, 2015) dapat dibagi menjadi tiga yaitu :

- 1) kenyamanan fisik, merupakan rasa sejahtera atau nyaman secara fisik.
- 2) kenyamanan lingkungan, merupakan rasa sejahtera atau rasa nyaman yang dirasakan didalam atau dengan lingkungannya.
- 3) kenyamanan sosial, merupakan keadaan rasa sejahtera atau rasa nyaman dengan situasi sosialnya.

###### **b. Rasa nyaman**

Menurut potter & perry (2016) yang dikutip dalam buku (Iqbal Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015) rasa nyaman merupakan keadaan terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan ketentraman (kepuasan yang dapat meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan yang telah terpenuhi), dan transenden. Kenyamanan seharusnya dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu:

- 1) Fisik , berhubungan dengan sensasi tubuh.
- 2) Sosial, berhubungan dengan interpersonal, keluarga, dan sosial.
- 3) Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri seseorang yang meliputi harga diri, seksualitas dan makna kehidupan.
- 4) Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warnah dan unsur ilmiah lainnya. Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman dapat

diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, dukungan, dorongan dan bantuan (Paspuel, 2021).

c. Gangguan rasa nyaman

Gangguan rasa nyaman merupakan adalah perasaan seseorang merasa kurang nyaman dan sempurna dalam kondisi fisik, psikospiritual, lingkungan, budaya dan sosialnya. Gangguan rasa nyaman merupakan suatu gangguan dimana perasaan kurang senang, kurang lega, dan kurang sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan serta sosial pada diri yang biasanya mempunyai gejala dan tanda minor mengeluh mual (PPNI, 2016).

Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan. Secara umum dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari rasa nyeri. Hal ini disebabkan karena kondisi nyeri merupakan kondisi yang mempengaruhi perasaan tidak nyaman pasien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda pada pasien.

Potter & Perry (2017) mengungkapkan kenyamanan/rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri). Kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu: Fisik yang berhubungan dengan sensasi tubuh, Sosial yang berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial dan Psikospiritual yang berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan) serta Lingkungan yang berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna dan unsur alamiah lainnya. Perubahan kenyamanan adalah dimana individu

mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dan berespon terhadap rangsangan yang berbahaya (Jual, 2017).

## 2. Nyeri

### a. Definisi Nyeri

Nyeri adalah suatu rasa yang tidak nyaman, baik ringan maupun berat. Nyeri bersifat sangat individual dan tidak dapat diukur secara subjektif, serta hanya pasien yang dapat merasakan adanya nyeri. Nyeri merupakan mekanisme fisiologis yang bertujuan untuk melindungi diri. Nyeri merupakan campuran reaksi fisik, emosi dan perilaku (Paspuel, 2021).

Nyeri merupakan persepsi sensori dari rangsangan psikis atau fisik maupun lingkungan yang diinterpretasi oleh otak sehingga menimbulkan reaksi terhadap rangsangan tersebut (Virginia Bruke, 2013).

### b. Fisiologis Nyeri

Munculnya nyeri berkaitan dengan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah *niceptor*, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. *Niceptor* memberikan respon yang terpilih terhadap stimulasi yang membahayakan seperti stimulus kimia, thermal, listrik atau mekanis.

### c. Etiologi Nyeri

Terdapat beberapa jenis stimulus nyeri, diantaranya :

- 1) Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor.
- 2) Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri.
- 3) Tumor, dapat juga menekan reseptor nyeri.

- 4) Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blockade pada arteria koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat.
  - 5) Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik.
- d. Faktor yang mempengaruhi nyeri
- Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi dan reaksi terhadap nyeri menurut prasetyo (2018) yaitu :
- 1) Usia  
Usia merupakan variable yang penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu, anak yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam memahami nyeri dan prosedur pengobatan yang dapat menyebabkan nyeri, pada pasien lansia sering kali memiliki sumber nyeri lebih dari satu.
  - 2) Jenis kelamin  
Respon nyeri pada laki-laki dan perempuan tidak ada perbedaan yang signifikan.
  - 3) Kebudayaan  
Individu mempelajari apa yang diajarkan dan apa yang diterima dalam budaya mereka. Keyakinan dan nilai-nilai budaya memiliki pengaruh pada seseorang dalam menangani nyeri.
  - 4) Lokasi dan tingkat keparahan nyeri  
Nyeri yang dirasakan bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan pada masing-masing individu dalam kaitannya dengan kualitas nyeri.
  - 5) Ansietas (Kecemasan)  
Kecemasan mungkin akan meningkatkan persepsi nyeri seseorang namun secara umum hal ini tidak sepenuhnya benar. Kecemasan yang dirasakan seseorang biasanya meningkatkan persepsi tentang nyeri.

## 6) Keletihan

Keletihan dan kelelahan yang dirasakan seseorang akan meningkatkan sensasi nyeri dan menurunkan kemampuan coping individu.

## 7) Pengalaman sebelumnya

Seseorang yang terbiasa merasakan nyeri akan lebih siap dan mudah mengantisipasinya nyeri daripada individu yang mempunyai pengalaman sedikit tentang nyeri.

## 8) Dukungan keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan, bantuan, perlindungan dari anggota keluarga lain dan orang terdekat, walaupun nyeri masih dirasakan oleh klien, kehadiran orang terdekat akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

## e. Klasifikasi Nyeri

Nyeri yang diklasifikasikan berdasarkan tempat, sifat, durasi, dan berat ringannya (Charlean, 2021). yaitu sebagai berikut :

## 1) Berdasarkan Tempat

- a) *Periferal pain* : nyeri permukaan, nyeri dalam, nyeri alihan, nyeri yang dirasakan pada area yang bukan merupakan sumber nyerinya.
- b) *Central pain* : terjadi karena perangsangan pada susunan saraf pusat, medula spinalis, batang otak dan lain-lain.
- c) *Psychogenic pain* : nyeri dirasakan tanpa penyebab organik, tetapi akibat dari trauma psikologis.
- d) *Phantom pain* : perasaan yang sudah tidak ada lagi pada bagian tubuh. Contohnya pada amputasi.
- e) *Radiating pain* : nyeri yang dirasakan pada sumbernya yang meluas ke jaringan sekitar.
- f) Nyeri somatis dan nyeri viseral, kedua nyeri ini umumnya bersumber dari kulit dan jaringan dibawah kulit.

2) Berdasarkan Sifat

- a) *Insidental* : timbul sewaktu-waktu dan kemudian menghilang.
- b) *Steady* : Nyeri timbul menetap dan dirasakan dalam waktu yang lama.
- c) *Paroxysmal* : Nyeri dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali serta biasanya menetap 10-15 menit, lalu menghilang dan kemudian timbul kembali.
- d) *Intractable pain* : Nyeri yang resisten dengan diobati atau dikurangi.

3) Berdasarkan Durasi

a) Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat (Andarmoyo, 2016). Nyeri akut berdurasi singkat (kurang dari 3 bulan) dan akan menghilang tanpa pengobatan setelah area yang rusak pulih kembali (Prasetyo, 2018).

b) Nyeri Kronis

Nyeri kronik adalah nyeri konstan yang intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu, Nyeri ini berlangsung lama dengan intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 3 bulan (Perry, 2018).

4) Berdasarkan berat ringannya

a) Nyeri ringan

Nyeri dengan intensitas rendah. Pada nyeri ini, seseorang bisa menjalankan aktivitasnya seperti biasa.

b) Nyeri sedang

Nyeri dengan intensitas sedang/menimbulkan reaksi (fisiologis maupun psikologis).

## c) Nyeri berat

Nyeri dengan intensitas yang tinggi. Pada nyeri ini, seseorang sudah dapat melakukan aktivitas karena nyeri tersebut sudah tidak dapat dikendalikan oleh orang yang mengalaminya.

**Tabel 2.1** Perbandingan nyeri akut dengan nyeri kronis

<b>Karakteristik</b>	<b>Nyeri akut</b>	<b>Nyeri kronis</b>
Pengalaman	Satu kejadian	Satu situasi, status eksistensi
Sumber	Sebab eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak, berekmbang, dan berselubung
Waktu	Sampai tiga bulan	Lebih dari tiga bulan sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya, sehingga sulit dievaluasi (Perubahan perasaan)
Gejala-gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respon yang bervariasi dengan sedikit gejala (adaptasi)
Pola	Terbatas	Berlangsung terus dapat bervariasi
Perjalanan	Biasanya berkurang setelah beberapa saat	Penderitaan meningkat setelah beberapa saat

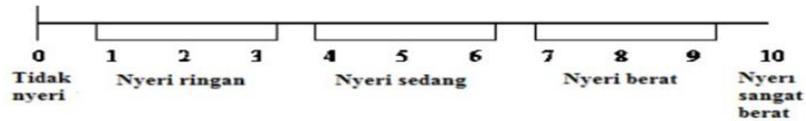
## f. Skala Nyeri

Menurut (perry, 2018) Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut :

## 1) Skala Deskriptif

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif, skala pendeskriptif verbal merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai disepanjang garis. Pendeskripsi ini dirangkai dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukan klien skala tersebut

dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan.

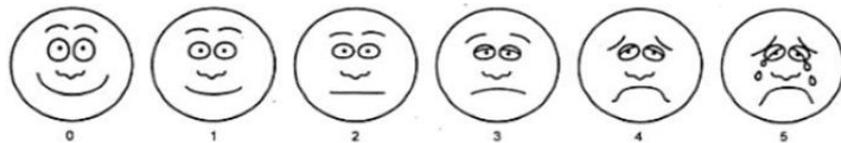


Sumber : perry, 2018.

**Gambar 2.1** Skala Deskriptif Verbal (SDV)

## 2) Wong-Baker Faces Pain Rating Scale

Skala dengan enam gambar wajah dengan ekspresi yang berbeda, dimulai dari senyuman sampai menangis karena kesakitan. Skala ini berguna pada pasien dengan gangguan komunikasi, seperti anak-anak, orang tua, pasien yang kebingungan atau pada pasien yang tidak mengerti dengan bahas local setempat.



Sumber : Perry, 2018.

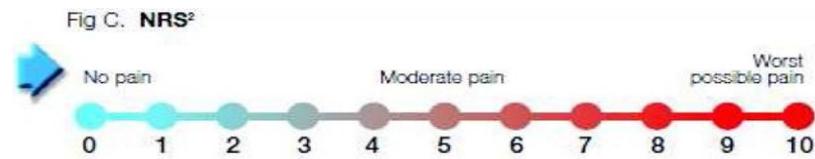
**Gambar 2.2** Wong-Baker Faces Pain Rating Scale

Keterangan :

- 0 : Tidak Nyeri
- 1 : Nyeri sedikit
- 2 : Nyeri Agak Banyak
- 3 : Nyeri Banyak
- 4 : Nyeri Sekali
- 5 : Nyeri Hebat

## 3) Numerical Rating Scale (NRS)

Pasien ditanya tentang derajat nyeri yang dirasakan dengan menunjukan angka 0-5 atau 0-10, dimana angka 0 menunjukan tidak ada nyeri, angka 1-3 menunjukan nyeri ringan, angka 4-6 menunjukan nyeri sedang dan angka 7-10 menunjukan nyeri berat.



Sumber : Perry, 2018.

**Gambar 2.3** Numerical Rating Scale (NRS)

Keterangan :

- 0 : Tidak Nyeri
- 1 - 3 : Nyeri Ringan
- 3 - 6 : Nyeri Sedang
- 6 - 10 : Nyeri Berat

g. Pengkajian Nyeri

**Tabel 2.2** Pengkajian nyeri

Pengkajian	Deksripsi	Teknik Pengkajian, Pediksi Hasil dan Implikasi Klinis
<i>P</i> (Provoking incident)	Pengkajian untuk menentukan faktor atau peristiwa yang mencetuskan keluhan nyeri.	Pada keadaan nyeri otot tulang dan sendi biasanya disebabkan oleh adanya kerusakan jaringan saraf akibat suatu trauma atau merupakan respon dari peradangan local.
<i>Q</i> (Quality of pain)	Pengkajian sifat keluhan, seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan pasien.	Dalam hal ini perlu dikaji kepada pasien apa maksud dari keluhan-keluhannya apakah keluhanannya bersifat menusuk, tajam atau tumpul menusuk, pengkaji harus menerangkan dalam bahasa yang lebih mudah mendeskripsikan nyeri tersebut.
<i>R</i> (Region referred)	Pengkajian untuk menentukan area atau lokasi keluhan nyeri apakah nyeri	Region merupakan pengkajian lokasi nyeri dan harus ditunjukkan dengan tepat oleh pasien, pada kondisi klinik lokasi nyeri pada sistem muskuloskeletal dapat menjadi petunjuk area yang mengalami gangguan.
<i>S</i> (Severity Scale of pain)	Pengkajian seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien	Pengkajian dengan menilai skala nyeri merupakan pengkajian yang paling penting dari pengkajian nyeri dengan pendekatan PQRST. Bisa dengan menggunakan skala analog, verbal, numeric, ataupun

		skala wajah.
<i>T</i> (Time)	Berapa lama nyeri berlangsung, kapan apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari	Sifat mula timbulnya (onset), tentukan apakah gejala timbul mendadak, perlahan-lahan, atau seketika itu juga, tanya kenapa gejala-gejala timbul secara terus menerus atau hilang timbul, lama durasinya muncul.

#### h. Penatalaksanaan

##### 1) Farmakologis

###### a) Analgesik narkotik

Terdiri atas berbagai derivat opium seperti morfin dan kodein. Narkotik dapat memberikan efek penurunan nyeri dan kegembiraan karena obat ini membuat ikatan dengan reseptor opiate dan mengaktifkan penekan nyeri endogen pada susunan saraf pusat.

###### b) Analgetik nonnarkotik

Seperti aspirin, asetaminofen, dan ibu profen selain memiliki efek anti nyeri juga memiliki antiinflamasi dan antipiretik.

##### 2) Non farmakologis

###### a) Relaksasi progresif

Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stress. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik, dan emosi pada nyeri.

###### b) Teknik distraksi

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang lain sehingga pasien akan lupa terhadap nyeri yang dirasakan. Misalnya dengan mendengarkan musik, menonton televisi, membaca buku atau majalah, atau berbincang-bincang dengan orang lain.

c) Menstimulasi kulit

Misalnya dengan aplikasi panas atau dingin, menggosok daerah nyeri dengan lembut, serta menggosok punggung.

## **B. Manajemen Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman**

Terapi non farmakologis yang dapat membantu dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien diabetes mellitus yaitu dengan terapi relaksasi nafas dalam dan terapi aromaterapi lavender.

### **1. Terapi Relaksasi Nafas Dalam**

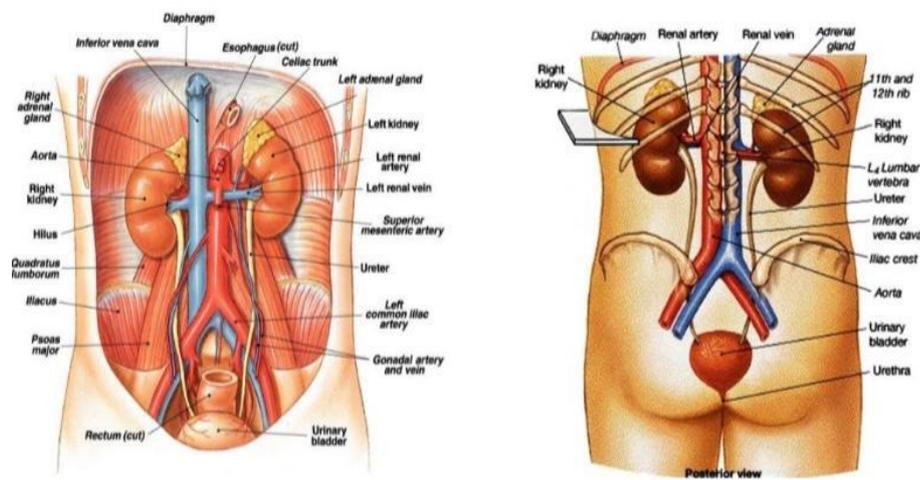
Terapi relaksasi nafas dalam merupakan salah satu tindakan non-obat yang dapat dilakukan oleh pasien ISK dengan nyaman dan mudah. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Arfa, 2016).

### **2. Terapi Aromaterapi Lavender**

Aromaterapi dapat digunakan untuk menurunkan tingkat nyeri sebagai alternatif pengobatan. Minyak esensial aromaterapi merangsang sel reseptor penciuman di hidung, menyebabkan impuls ditransfer ke sistem limbik di otak, yang bertanggung jawab untuk pengaturan suasana hati. Aromaterapi telah terbukti memiliki efek relaksasi dan menenangkan, serta kemampuan untuk meningkatkan sirkulasi darah. Aromaterapi adalah pilihan pengobatan murah dan bebas risiko untuk dismenore (Marzouk et al, 2016).

### C. Anatomi dan Fisiologi Sistem Perkemihan

Menurut (F, 2014) Sistem perkemihan merupakan sistem ekskresi utama dan terdiri atas 2 ginjal (untuk menyekresi urine), 2 ureter (mengalirkan urine dari ginjal ke kandung kemih), kandung kemih (tempat urine dikumpulkan dan disimpan sementara), dan uretra (mengalirkan urine dari kandung kemih ke luar tubuh).



**Gambar 2.4** Anatomi Fisiologi Sistem Perkemihan

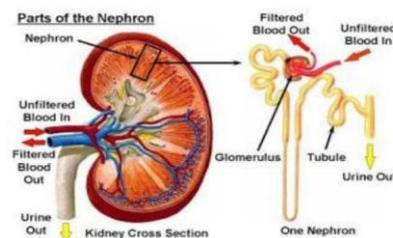
Sumber: Azizahslideshare, 2018

#### 1. Ginjal

Ginjal terletak secara retroperitoneal, pada bagian posterior abdomen, pada kedua sisi kolumna vertebra. Mereka terletak antara vertebra torakal keduabelas dan lumbal ketiga. Ginjal kiri biasanya terletak sedikit lebih tinggi dari ginjal kanan karena letak hati. Ginjal orang dewasa secara rata – rata memiliki panjang 11 cm, lebar 5 – 7,5 cm, dan ketebalan 2,5 cm. Hal yang menahan ginjal tetap pada posisi di belakang peritonium parietal adalah sebuah masa lemak peritoneum (kapsul adiposa) dan jaringan penghubung yang disebut fasia gerota (subserosa) serta kapsul fibrosa (kapsul renal) membentuk pembungkus luar dari ginjal itu sendiri, kecuali bagian hilum. Ginjal dilindungi lebih jauh lagi oleh lapisan otot di punggung pinggang, dan abdomen, selain itu juga oleh lapisan lemak, jaringan subkutan, dan kulit (Hawk, 2018).

Bila dibelah bagian dalam, ginjal mempunyai tiga bagian yang berbeda, yaitu korteks, medula, dan pelvis. Bagian eksternal, atau korteks renal, berwarna terang dan tampak bergranula. Bagian ginjal ini berisi glomerulus, kumpulan kecil kapiler. Glomerulus membawa darah menuju dan membawa produk sisa dari nefron, unit fungsional ginjal (LeMone, 2016).

Satuan fungsional ginjal disebut nefron. Setiap ginjal mempunyai lebih kurang 1 - 1,3 juta nefron yang selama 24 jam dapat menyaring 170 – 180 liter darah dari arteri renalis (Syarifuddin, 2011). Ginjal tidak dapat membentuk nefron baru. Oleh karena itu, pada trauma ginjal, penyakit ginjal, atau proses penuaan yang normal, akan terjadi penurunan jumlah nefron secara bertahap. Setelah usia 40 tahun, jumlah nefron yang berfungsi biasanya menurun kira – kira 10 persen setiap 10 tahun; jadi, pada usia 80 tahun, jumlah nefron berfungsi 40 persen lebih sedikit ketika usia 40 tahun. Setiap nefron terdiri atas: (1) kumpulan kapiler disebut glomerulus, yang akan memfiltrasi sejumlah besar cairan dan darah, dan (2) tubulus panjang tempat cairan hasil filtrasi diubah menjadi urine dalam perjalanannya menuju pelvis ginjal (Hall, 2019).



**Gambar 2.5** Nefron dan Pembuluh Darah

Sumber: *Auliyaslideshare, 2010*

Pembentukan urine proses seluruhnya oleh nefron melalui tiga proses, yaitu filtrasi glomerulus, reabsorpsi tubulus, dan sekresi tubulus (LeMone, 2016).

a. Filtrasi

Glomerulus. Filtrasi glomerulus adalah sebuah proses pasif, yaitu tekanan hidrostatik mendorong cairan dan zat terlarut melewati suatu membran. Jumlah cairan yang disaring dari darah ke dalam kapsul per menit disebut laju filtrasi glomerulus. Tiga faktor yang mempengaruhi laju ini, yaitu total area permukaan yang ada untuk filtrasi, permeabilitas membran filtrasi, dan tekanan filtrasi bersih. Tekanan filtrasi bersih berperan untuk pembentukan filtrat dan ditentukan oleh dua gaya: gaya dorong (tekanan hidrostatik) dan gaya tarik (tekanan osmotik). Tekanan hidrostatik glomerulus mendorong air dan zat terlarut menembus membran. Tekanan ini dilawan oleh tekanan osmotik di glomerulus (terutama tekanan osmotik koloid protein plasma dalam darah glomerulus) dan tekanan hidrostatik kapsul yang dikeluarkan oleh cairan dalam kapsul glomerulus.

b. Reabsorpsi Tubulus.

Reabsorpsi tubulus adalah proses yang dimulai saat filtrat memasuki tubulus proksimal. Pada ginjal sehat, hampir semua nutrien organik (seperti glukosa dan asam amino) direabsorpsi. Namun, tubulus secara konstan mengatur dan menyesuaikan laju serta tingkat reabsorpsi air dan ion sebagai respon terhadap sinyal hormonal. Reabsorpsi dapat terjadi secara aktif dan pasif. Zat yang didapat kembali melalui reabsorpsi tubulus aktif biasanya bergerak melawan gradien listrik dan/ atau kimia. Zat – zat ini, termasuk glukosa, asam amino, laktat, vitamin, dan sebagian besar ion, membutuhkan ATP-dependent carrier untuk dipindahkan ke ruang interstisial. Pada reabsorpsi tubulus pasif, yang mencakup difusi dan osmosis, zat bergerak di sepanjang gradiennya tanpa mengeluarkan energi.

c. Sekresi Tubulus.

Proses akhir pembentukan urine adalah sekresi tubulus, yang merupakan reabsorpsi balik yang penting. Zat seperti ion hidrogen dan kalium, kreatinin, amonia, dan asam organik bergerak dari darah di

kapiler peritubulus menuju tubulus itu sendiri sebagai filtrat. Dengan demikian, urine terdiri atas zat yang disaring dan disekresi. Sekresi tubulus sangat diperlukan untuk membuang zat yang tidak ada dalam filtrat, seperti obat – obatan. Proses ini membuang zat yang tidak diinginkan yang telah direabsorpsi oleh proses pasif dan menghilangkan ion kalium tubuh yang berlebihan. Sekresi tubulus juga merupakan kekuatan penting dalam pengaturan pH darah.

Glomerulus Filtrasi Rate (GFR) terukur dianggap sebagai cara yang paling akurat mendeteksi perubahan fungsi ginjal. Nilai normal GFR adalah 90 – 120 mL/menit. Estimate GFR (eGFR) dapat digunakan untuk menghitung fungsi ginjal berdasarkan pada kreatinin serum, usia, dan jenis kelamin. *National Kidney Foundation* merekomendasi bahwa eGFR dapat dihitung secara otomatis setiap kali dilakukan pemeriksaan kreatinin (LeMone, 2016).

Hormon paratiroid dari kelenjar paratiroid dan kalsitonin dari kelenjar tiroid bersama – sama mengatur reabsorpsi kalsium dan fosfat. Hormon antidiuretik (ADH) dari lobus posterior kelenjar hipofisis meningkatkan permeabilitas tubulus kontortus distal dan duktus kolektivus, meningkatkan reabsorpsi air. Aldosteron, disekresi oleh korteks adrenal, meningkatkan reabsorpsi natrium dan ekskresi kalium. Peptida natriuretik atrial disekresi oleh atrium jantung dalam berespons terhadap peregangan dinding atrium, penurunan reabsorpsi natrium dan air di tubulus kontortus proksimal dan duktus kolektivus. Hormon ini juga menghambat sekresi ADH dan aldosteron (Nurachmah, 2019).

## 2. Ureter

Ureter membentuk cekungan di medial pelvis renalis pada hilus ginjal. Biasanya sepanjang 25 – 35 cm di orang dewasa, ureter terletak di jaringan penghubung ekstrapelvic dan memanjang secara vertikal sepanjang otot psoas menuju ke pelvis. Setelah masuk ke rongga pelvis, ureter memanjang ke anterior untuk bergabung dengan kandung kemih di bagian posterolateral. Pada setiap sudut ureterovesika, ureter terletak

secara oblik melalui dinding kandung kemih sepanjang 1,5 – 2 cm sebelum masuk ke ruangan kandung kemih (Hawks, 2018).

Ureter mempunyai tiga penyempitan sepanjang perjalanannya, yaitu: (1) ditempat pelvis renalis berhubungan dengan ureter, (2) di tempat ureter melengkung pada waktu menyilang apertura perlvic superior, (3) di tempat ureter menembus dinding vesica urinaria (Snell, 2019). Pembuluh darah yang memperdarahi ureter adalah arteri renalis, arteri spermatika interna, arteri hipogastrika, dan arteri vesikalis inferior. Persarafan ureter cabang dari pleksus mesenterikus inferior, pleksus spermatikus, dan pleksus pelvis. Sepertiga bawah dari ureter terisi sel – sel saraf yang bersatu dengan rantai aferen dan nervus vagus. Rantai aferen dari nervus torakalis XI, XII, dan nervus lumbalis (Syiaifuddin, 2019).

### 3. Kandung Kemih

Kadung kemih adalah organ kosong yang terletak pada separuh anterior dari pelvis, di belakang simfisis pubis. Jarak antara kandung kemih dan simfisis pubis diisi oleh jaringan penghubung yang longgar, yang memungkinkankandung kemih untuk melebar ke arah kranial ketika terisi. Peritonium melapisi tepi atas dari kandung kemih, dan bagian dasar ditahan secara longgar oleh ligamen sejati. Kandung kemih juga dibungkus oleh sebuah fasia yang longgar (Hawks, 2019).

Dinding ureter mengandung otot polos yang tersusun dalam berkas spiral longitudinal dan sirkuler. Kontraksi peristaltik teratur 1 – 5 kali/menit menggerakkan urine dari pelvis renalis ke vesika urinaria, disemprotkan setiap gelombang peristaltik. Ureter berjalan miring melalui dinding vesika urinaria untuk menjaga ureter tertutup kecuali selama gelombang peristaltik dan mencegah urine tidak kembali ke ureter (Syiaifuddin, 2018).

### 4. Uretra dan Meatus

Uretra adalah sebuah saluran yang keluar dari dasar kandung kemih ke permukaan tubuh. Uretra pada laki – laki dan perempuan memiliki perbedaan besar. Uretra perempuan memiliki panjang sekitar 4

cm dan sedikit melengkung ke depan ketika mencapai bukaan keluar, atau meatus, yang terletak di antara klitoris dan lubang vagina. Pada laki – laki, uretra merupakan saluran gabungan untuk sistem reproduksi dan pengeluaran urine. Uretra pada laki – laki memiliki panjang sekitar 20 cm, dan terbagi dalam 3 bagian utama. Uretra pars prostatika menjulur sampai 3 cm di bawah leher kandung kemih, melalui kelenjar prostat, kedaras panggul. Uretra pars membranosa memiliki panjang sekitar 1 – 2 cm dan berakhir di mana lapisan otot membentuk sfingter eksterna. Bagian distal adalah kavernosa, atau penis uretra. Sepanjang sekitar 15 cm, bagian ini melintas melalui penis ke orifisum uretra pada ujung penis (Hawks, 2018).

#### **D. Konsep Dasar Infeksi Saluran Kemih**

##### **1. Definisi Infeksi Saluran Kemih**

Infeksi saluran kemih (ISK) adalah suatu keadaan di mana kuman atau mikroba tumbuh dan berkembang biak dalam saluran kemih dalam jumlah bermakna. Istilah ISK umum digunakan untuk menandakan adanya invasi mikroorganisme pada saluran kemih. ISK merupakan kondisi dimana terdapat mikroorganisme dalam urine yang jumlahnya sangat banyak dan mampu menimbulkan infeksi saluran kemih (Irpandi, 2020).

##### **2. Etiologi**

Infeksi saluran kemih sebagian besar di sebabkan oleh bakteri, virus dan jamur tetapi bakteri yang sering menjadi penyebabnya. Penyebab ISK terbanyak adalah bakteri gram-negatif termasuk bakteri yang biasanya menghuni usus dan akan naik ke sistem saluran kemih antara lain adalah *Escherichia coli*, *Proteus sp*, *Klebsiella*, *Enterobacter*. Pasca operasi juga sering terjadi infeksi oleh *Pseudomonas*, sedangkan *Chlamydia* dan *Mycoplasma* bisa terjadi tetapi jarang dijumpai pada pasien ISK. Selain mikroorganisme, ada faktor lain yang dapat memicu ISK yaitu faktor predisposisi. *E.coli* adalah penyebab tersering. Penyebab lain ialah

*klebsiela, enterobakteri, pseudomonas, streptokok, dan stafilokok* (Ayu, 2019).

- a) Jenis-jenis mikroorganisme yang menyebabkan ISK, antara lain :
  - 1) *Escherichia Coli* : 90% penyebab ISK *uncomplicated* ( simple ).
  - 2) *Pseudomonas, proteus, Klebsiella* : penyebab ISK complicated.
  - 3) *Enterobacter, staphylococcus epidemidis, enterococci*, dan lain-lain.
- b) Prevalensi penyebab ISK pada usia lanjut, antara lain :
  - 1) Sisa urin dalam kandung kemih yang meningkat akibat pengosongan kandung kemih yang kurang efektif.
  - 2) Mobilitas menurun.
  - 3) Nutrisi yang sering kurang baik.
  - 4) Sistem imunitas menurun, baik seluler maupun humoral.
  - 5) Adanya hambatan pada aliran darah.
  - 6) Hilangnya efek bakterisid dari sekresi prosta.

Berbagai jenis organisme dapat menyebabkan ISK. *Escherichia coli* (80% kasus) dan organisme enterik gram-negatif lainnya merupakan organisme yang paling sering menyebabkan ISK : kuman-kuman ini biasanya ditemukan di daerah anus dan perineum. Organisme lain yang menyebabkan ISK antara lain *Proteus, Pseudomonas, Klebsiella, Staphylococcus aureus, Haemophilus*, dan *Staphylococcus koagulsenegatif*. Beberapa faktor menyebabkan munculnya ISK di masa kanak-kanak (Ayu, 2019).

### 3. Klasifikasi Klinis

Klasifikasi infeksi saluran kemih (ISK) berdasarkan klinisnya terbagi menjadi tiga, antara lain: (Falcon, 2019).

- a. ISK non komplikata yaitu ISK yang terjadi pada orang dewasa, termasuk episode sporadik yang didapat dari komunitas, dalam hal ini terdiri dari sistitis akut dan pielonefritis akut pada individu yang sehat. Faktor resiko pada ISK ini adalah faktor resiko yang tidak diketahui, infeksi berulang dan faktor resiko diluar saluran

urogenitalis. ISK ini banyak diderita oleh perempuan tanpa terdapat kelainan struktural dan fungsional di dalam saluran kemih.

- b. ISK komplikata adalah infeksi yang dihubungkan dengan suatu kondisi, misalnya abnormalitas struktural atau fungsional saluran genitourinari atau adanya penyakit dasar yang mengganggu mekanisme pertahanan diri individu, yang meningkatkan resiko untuk menderita infeksi atau kegagalan terapi.
- c. Sindroma sepsis urologi (urosepsis) sebaiknya didiagnosis pada tahap awal khususnya pada ISK komplikata. Peningkatan angka mortalitas terjadi bila sepsis atau syok septik muncul, namun prognosis urosepsis pada umumnya lebih baik dibandingkan sepsis karena penyebab yang lain.

#### 4. Manifestasi Klinis

Beberapa manifestasi klinis ISK antara lain (Irpandi, 2020) :

- a) Anyang- anyangan atau rasa ingin buang air kecil lagi, meski sudah dicoba untuk berkemih namun tidak ada air kemih yang keluar.
- b) Sering kencing dan kesakitan saat kencing, air kencingnya bisa berwarna putih, coklat atau kemerahan dan baunya sangat menyengat.
- c) Warna air seni kental/pekat seperti air teh, kadang kemerahan bila ada darah.
- d) Nyeri pada pinggang.
- e) Demam atau menggigil, yang dapat menandakan infeksi telah mencapai ginjal (di iringi rasa nyeri di sisi bawah belakang rusuk, mual atau muntah).
- f) Peradangan kronis pada kandung kemih yang berlanjut dan tidak sembuh – sembuh dapat menjadi pemicu terjadinya kanker kandung kemih.
- g) Pada neonatus usia 2 bulan, gejalanya dapat menyerupai infeksi atau sepsis berupa demam, apatis, berat badan tidak naik, muntah, mencret, anoreksia , probelem minum dan sianosis (kebiruan).

- h) Pada bayi gejalanya berupa demam, berat badan sukar naik atau anoreksia.
  - i) Pada anak besar gejalanya lebih khas seperti sakit waktu kencing, frekuensi kencing meningkat, nyeri perut atau pinggang, mengompol, anyang-anyangan (polakisuria) dan bau kencing yang menyengat.
5. Patofisiologi

Menurut (Museum, 2019) Infeksi saluran kemih terjadi ketika bakteri (kuman) masuk ke dalam saluran kemih dan berkembang biak. Saluran kemih terdiri dari kandung kemih, uretra dan dua ureter dan ginjal. Kuman ini biasanya memasuki saluran kemih melalui uretra, kateter, perjalanan sampai ke kandung kemih dan dapat bergerak naik ke ginjal dan menyebabkan infeksi yang disebut pielonefritis. ISK terjadi karena gangguan keseimbangan antara mikroorganisme penyebab infeksi (uropatogen) sebagai agent dan epitel saluran kemih sebagai host.

Mikroorganisme penyebab ISK umumnya berasal dari flora usus dan hidup secara komensal dalam introitus vagina, preposium, penis, kulit perinium, dan sekitar anus. Kuman yang berasal dari feses atau dubur, masuk ke dalam saluran kemih bagian bawah atau uretra, kemudian naik ke kandung kemih dan dapat sampai ke ginjal.

Mikroorganisme tersebut dapat memasuki saluran kemih melalui 3 cara yaitu ascending, hematogen seperti penularan M.tuberculosis atau S.aureus , limfogen dan langsung dari organ sekitarnya yang sebelumnya telah mengalami infeksi . Sebagian besar pasien ISK mengalami penyakit komplikasi. ISK komplikasi adalah ISK yang diperburuk dengan adanya penyakit lainya seperti lesi, obstruksi saluran kemih, pembentukan batu, pemasangan kateter, kerusakan dan gangguan neurologi serta menurunnya sistem imun yang dapat mengganggu aliran yang normal dan perlindungan saluran urin. Hal tersebut mengakibatkan ISK komplikasi membutuhkan terapi yang lebih lama.

## 6. Komplikasi

Menurut (Vladimir, 2019) pada pria dan anak laki-laki harus dianggap complicated sampai evaluasi yang tepat membuktikan sebaliknya. Ada peningkatan yang signifikan dalam morbiditas dan mortalitas yang terkait dengan infeksi komplikasi, mulai dari hilangnya fungsi ginjal hingga sepsis dan kematian. Abnormalitas struktural dan fungsional dapat diketahui sebelum infeksi, tetapi seringkali, pasien datang dengan infeksi yang gambaran klinisnya hanya menunjukkan adanya abnormalitas yang tidak dikenali (Dielubanza, 2016).

ISK dapat memperumit penyakit batu yang ada saat kalkulus menjadi kolonisasi sekunder dan bertindak sebagai nidus untuk uropatogen dan / atau menyebabkan penyumbatan saluran kemih. Batu yang terkolonisasi paling sering diterjemahkan secara klinis menjadi ISK berulang atau pielonefritis. Jika elemen obstruksi berkembang, skenario klinis dapat menjadi serius, ditandai dengan sepsis atau bahkan pembentukan abses. Pasien dapat datang dengan disuria, urgensi dan frekuensi, hematuria, nyeri panggul, mual dan muntah, demam, atau ketidakstabilan hemodinamik (Dielubanza, 2016).

Kandung kemih neurogenik adalah disfungsi kandung kemih sekunder akibat penyakit pada sistem saraf pusat atau saraf perifer yang terlibat dalam miksi kontrol. Diabetes yang sudah lama, operasi panggul atau punggung yang luas, multiple sclerosis, atau stroke semuanya dapat menyebabkan perubahan neurologis pada fungsi kandung kemih. Pasien dengan kandung kemih neurologis mengalami peningkatan kejadian ISK atas dan bawah karena stasis urinarius, bakteriuria asimtomatik, pembibitan bakteri pada saluran atas akibat refluks, serta seringnya instrumentasi (Dielubanza, 2016).

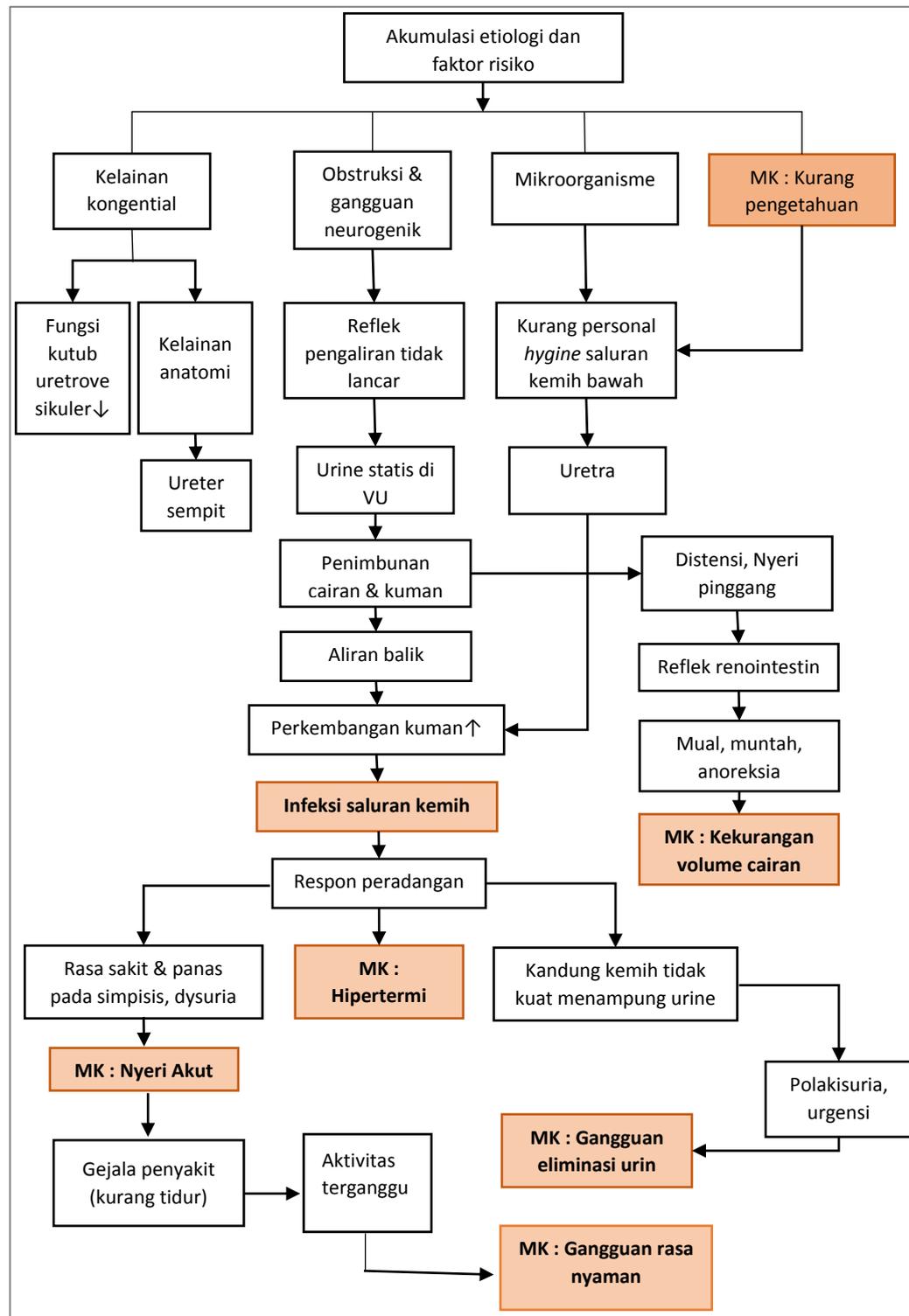
Antibiotik spektrum luas sangat penting dalam pendekatan awal untuk pasien dengan ISK komplikasi. Antibiotik dapat membantu mengendalikan patogen yang menyerang dan mengurangi risiko infeksi sistematis dan morbiditas terkait. Agen yang dipilih harus menawarkan

cakupan yang baik dari spesies uropathogens yang paling umum, *Escherichia coli*, dan *Enterobacteriaceae*. Fluoroquinolon dan sefalosporin generasi ketiga adalah pilihan yang baik. Terapi oral cocok untuk pasien yang secara klinis stabil yang dapat mentoleransi obat melalui mulut. Pasien yang sakit secara klinis dan mereka yang tidak dapat mentoleransi asupan oral harus dimulai dengan antimikroba intravena (Dielubanza, 2016).

#### 7. Pemeriksaan Penunjang

Tidak ada pemeriksaan laboratorium yang disarankan untuk menegaskan pasti diagnosis Hypospadias. USG Ginjal disarankan untuk mengetahui adanya anomaly lainnya pada saluran kemih pada pasien Hypospadias. Karyotyping disarankan pada pasien dengan ambigu genitalia ataupun cryptorchidism. Beberapa test seperti elektrolit, hydroxyprogesterone, testosterone, luteinizing hormone, follicle-stimulating hormone, sex hormone binding globulin, dan beberapa tes genetic dipertimbangkan apabila memungkinkan (Vikaningrum, 2020).

## 8. Pathway



**Bagan 2.1** Pathway Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Sumber: (Amin Hardi, 2018)

## **D. Konsep Asuhan Keperawatan Kebutuhan Pemenuhan Rasa Nyaman**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap yang sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga, dan kelompok. Proses pengkajian anak dengan infeksi saluran kemih menurut (Syarofina, 2021) sebagai berikut:

- a. Identitas pasien Berisikan nama, umur, jenis kelamin, alamat, diagnosa medis dan tanggal masuk serta tanggal pengakajian dan identitas penanggung jawab.
- b. Keluhan utama Merupakan riwayat kesehatan klien saat ini yang meliputi keluhan pasien, biasanya jika klien mengalami ISK bagian bawah keluhan klien biasanya berupa rasa sakit atau rasa panas di uretra sewaktu kencing dengan air kemih sedikit- sedikit serta rasa sakit tidak enak di suprapubik. Dan biasanya jika klien mengalami ISK bagian atas keluhan klien biasanya sakit kepala, malaise, mual, muntah, demam, menggigil, rasa tidak enak atau nyeri pinggang.
- c. Riwayat kesehatan
  - 1) Riwayat kesehatan sek arang Merupakan riwayat kesehatan klien saat ini yang meliputi keluhan pasien, biasanya jika klien mengalami ISK bagian bawah keluhan klien biasanya berupa rasa sakit atau rasa panas di uretra sewaktu kencing dengan air kemih sedikit- sedikit serta rasa sakit tidak enak di suprapubik. Dan biasanya jika klien mengalami ISK bagian atas keluhan klien biasanya sakit kepala, malaise, mual, muntah, demam, menggigil, rasa tidak enak atau nyeri pinggang.
  - 2) Riwayat kesehatan dahulu Pada pengkajian biasanya di temukan kemungkinan penyebab infeksi saluran kemih dan memberi petunjuk berapa lama infeksi sudah di alami klien.
  - 3) Riwayat kesehatan keluarga Merupakan riwayat kesehatan keluarga yang biasanya dapat meperburuk keadaan klien akibat adanya gen yang membawa penyakit turunan seperti Diabetes Mellitus, hipertensi. ISK bukanlah penyakit turunan karena penyakit ini lebih

disebabkan dari anatomi reproduksi, higiene seseorang dan gaya hidup seseorang, namun jika ada penyakit turunan di curigai dapat memperburuk atau memperparah keadan klien.

- 4) Riwayat psikososial Adanya kecemasan, mekanisme koping menurun dan kurangnya berinteraksi dengan orang lain sehubungan dengan proses penyakit. Adakah hambatan dalam interaksi sosial dikarenakan adanya ketidaknyamanan (nyeri hebat).
- 5) Riwayat kesehatan lingkungan. Lingkungan kotor dapat menyebabkan berkembang biaknya penyakit seperti stafilokok, juga kuman lainnya yang dapat menyebabkan terjadinya ISK.
- 6) Riwayat imunisasi Bagaimana riwayat imunisasi anak sejak anak lahir sampai dengan usia saat ini.
- 7) Riwayat tumbuh kembang Data tumbuh kembang dapat diperoleh dari hasil pengkajian dengan mengumpulkan data tumbang dan dibandingkan dengan ketentuan-ketentuan perkembangan normal. Perkembangan motorik, perkembangan bahasa, perkembangan kognitif, perkembangan emosional, perkembangan kepribadian dan perkembangan sosial.
- 8) Asesmen nyeri Pengkajian nyeri dilakukan dengan cara PQRST :  
P (pemicu) yaitu faktor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri.  
Q (quality) dari nyeri, apakah rasa tajam, tumpul atau tersayat.  
R (region) yaitu daerah perjalanan nyeri.  
S (severty) adalah keparahan atau intensits nyeri.  
T (time) adalah lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri.
- 9) Asesmen risiko jatuh Hal ini perlu dikaji terkait dengan usia anak, kondisi kesehatan anak, dan anak yang berada ditempat tidur memiliki risiko jatuh yang tinggi.

## 10) Pola kebiasaan

## a) Nutrisi

Frekuensi makan dan minum berkurang atau tidak dikarenakan bila adanya mual dan muntah. Apakah terdapat nafsu makan menurun. Bagaimana keadaan nafsu makan anak sebelum dan sesudah sakit.

## b) Cairan

Bagaimana kebutuhan cairan selama 24 jam, apa saja jenis minuman yang dikonsumsi, dan berapa frekuensi minum dalam 24 jam. Bagaimana intake dan output cairan.

## c) Eliminasi

Buang air besar ada keluhan atau tidak, adakah dysuria pada buang air kecil, bagaimana frekuensi miksi bertambah atau berkurang. Adakah nyeri pada bagian suprapubik. Bagaimana bau urine pasien adakah bau kekhasan, bagaimana warna air kencingnya, bagaimana karakteristik urine, dan bagaimana volume urine sebelum dan setelah sakit.

## d) Istirahat dan tidur

Adakah gangguan tidur karena perubahan pola buang air kecil, atau adanya rasa nyeri dan rasa mual muntah.

## e) Personal Hygiene

Bagaimana personal hygiene pasien ditinjau dari pola mandi, gosok gigi, mencuci rambut, dan memotong kuku.

## f) Aktivitas atau mobilitas fisik

Pergerakan terbatas atau tidak dalam melaksanakan aktivitasnya, apakah memerlukan bantuan perawat dan keluarga.

## g) Olahraga

Bagaimana kegiatan fisik keseharian dan olahraganya.

## h) Rekreasi

Bagaimana kegiatan untuk melepas penat yang dilakukan.

d. Pemeriksaan Fisik

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

1) Kepala

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

- a) Inspeksi : lihat ada atau tidak adanya lesi, warna kehitaman atau kecoklatan, edema, dan distribusi rambut kulit.
- b) Palpasi : diraba dan tentukan turgor kulit elastik atau tidak, tekstur kepala kasar atau halus, akril dingin atau hangat.

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.

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

4) Mata

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

- a) Inspeksi : kelopak mata ada lubang atau tidak, reflek kedip baik/tidak, konjungtiva dan sclera : merah atau konjungtivitis, ikterik/indikasi hiperbilirubin atau gangguan pada hepar, pupil : isokor, miosis atau medriasis.
  - b) Palpasi : tekan secara ringan untuk mengetahui adanya TIO (tekanan intra okuler) jika ada peningkatan akan terasa keras (pasien glaucoma/kerusakan dikus 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.
- 6) Hidung
- Mengetahui bentuk dan fungsi hidung dan mengetahui adanya inflamasi atau sinusitis.
- 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, dan untuk mengetahui kebersihan mulut dan gigi.
- a) Inspeksi : amati bibir apa ada kelainan kongenital (bibir sumbing) warna, kesimetrisan, kelembaban pembengkakan, lesi, amati jumlah dan bentuk gigi, berlubang, warna plak dan 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 memeriksa system limfatik.

- a) Inspeksi : amati mengenai bentuk, warna kulit, jaringan parut, amati adanya pembengkakan kelenjar tiroid, amati kesimetrisan leher dari depan belakan dan 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, warna kulit, adanya retraksi, penonjolan, adanya ketidak simetrisan, adanya asites.
- 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, dan untuk mendengarkan bunyi paru.

- 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 mobilitas kekuatan otot dan gangguan-gangguan pada ekstremitas atas dan bawah. Lakukan inspeksi identifikasi mengenai ukuran dan adanya atrofil dan hipertrofil, amati

kekuatan otot dengan memberi penahanan pada anggota gerak atas dan bawah.

## 12) Kulit

Mengetahui adanya lesi atau gangguan pada kulit klien. Lakukan inspeksi dan palpasi pada kulit dengan mengkaji kulit kering/lembab, dan apakah terdapat oedem

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan ataupun proses keshidupan yang dialaminya baik yang aktual maupun potensial (SDKI, 2016). Dalam penelitian ini diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan dengan anak dengan infeksi saluran kemih yang disadur dalam SDKI (2016) adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis
- b. Gangguan Rasa Nyaman berhubungan dengan gejala penyakit

**Tabel 2. 3** Diagnosa Keperawatan

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tanda dan Gejala Mayor</b>	<b>Tanda dan Gejala Minor</b>
Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik. (D.0077)	<p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh nyeri</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak meringis</li> <li>2. Bersikap protektif(mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>3. Gelisah</li> <li>4. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>5. Sulit tidur</li> </ol>	<p><b>Subjektif :</b> (tidak tersedia)</p> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah meningkat</li> <li>2. Pola napas berubah</li> <li>3. Nafsu makan berubah</li> <li>4. Proses berpikir terganggu</li> <li>5. Menarik diri</li> <li>6. Berfokus pada diri sendiri</li> </ol>
Gangguan Rasa Nyaman b.d gejala Penyakit (D.0074)	<p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh tidak nyaman</li> </ol>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh sulit tidur</li> <li>2. Tidak mampu rileks</li> <li>3. Mengeluh kedinginan/kepanasan</li> </ol>

	<b>Objektif</b> 1. Gelisah	4. Mengeluh lelah  <b>Objektif</b> 1. Menunjukkan gejala distres 2. Tampak menangis 3. Pola eliminasi berubah
--	-------------------------------	--

## 3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 4 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN		
		TUJUAN /KRITERIA HASIL (SLKI)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)	RASIONAL
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis ditandai dengan tampak meringis, bersikap protektif</p> <p><b>Gejala dan tanda mayor :</b></p> <p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengeluh nyeri</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tampak aktif</li> <li>Bersikap protektif (mis. waspada, menghindari nyeri)</li> <li>Gelisah</li> <li>Frekuensi nadi meningkat</li> <li>Sulit tidur</li> </ol> <p><b>Gelar dan tanda minor :</b></p> <p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(tidak tersedia)</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tekanan darah meningkat</li> <li>Pola napas berubah</li> </ol>	<p>Setelah diberikan Intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam, diharapkan pasien mampu menunjukkan:</p> <p><b>SLKI: Tingkat nyeri</b></p> <p><b>Ekspektasi : Menurun</b></p> <p><b>Level</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkat</li> <li>Cukup Meningkat</li> <li>Sedang</li> <li>Cukup Menurun</li> <li>Menurun</li> </ol> <p><b>kriteria hasil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluhan nyeri menurun</li> <li>Meringis menurun</li> <li>Kesulitan tidur menurun</li> <li>Gelisah menurun</li> <li>Ketegangan otot menurun</li> </ol> <p><b>Level</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memburuk</li> <li>Cukup Memburuk</li> <li>Sedang</li> </ol>	<p><b>SIKI: Manajemen Nyeri</b></p> <p><b>Aktivitas keperawatan:</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, identitas nyeri</li> <li>Identifikasi skala nyeri</li> <li>Identifikasi respons non verbal</li> <li>Identifikasi respon yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan</li> <li>Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dari pasien</li> <li>Mengetahui respon nyeri non verbal pasien</li> <li>Mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pasien</li> <li>Mengetahui seberapa besar rasa nyeri mempengaruhi hidup pasien</li> <li>Mengetahui pengetahuan pasien tentang nyeri</li> <li>Mengetahui adakah budaya yang mempengaruhi terhadap respon nyeri</li> <li>Mengetahui pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</li> <li>Mengetahui keberhasilan terapi yang sudah diberikan</li> <li>Mengetahui ada tidaknya</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Nafsu makan berubah</li> <li>4. Proses berpikir terganggu</li> <li>5. Menarik diri</li> <li>6. Berfokus pada diri sendiri</li> <li>7. Diaforesis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Cukup Membaik</li> <li>5. Membaik</li> </ul> <p><b>kriteria hasil</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nadi membaik</li> <li>2. Tekanan darah membaik</li> <li>3. Pola tidur membaik</li> </ul>	<p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> <li>2. Control lingkungan yang mempeberat rasa nyeri(mis.suhu ruangan, pencahayan, kebisingan)</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu Intervensi pendukung: pemberian analgesik Tindakan</li> </ul>	<p>efek samping penggunaan analgetik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>10. Mengurangi tingkat nyeri/mengalihkan pasien dari rasa sakitnya</li> <li>11. Mengurangi resiko faktor yang dapat memperberat nyeri/menimbulkan nyeri</li> <li>12. Mengalihkan dan memmnuhi kebutuhan istirahat pasien</li> <li>13. Memberikan informasi terkait nyeri yang dirasakan pasien</li> <li>14. Membantu pasien mengatasi saat rasa nyeri muncul</li> <li>15. Memudahkan pasien untuk mengontrol nyeri dengan cara sederhana</li> <li>16. Membantu meredakan nyeri yang dirasakan</li> </ul>
--	---	--	--	--

2.	<p>Gangguan Rasa Nyaman b.d Gejala Penyakit ( D.0074)</p> <p><b>Gejala dan tanda mayor :</b></p> <p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh tidak Nyaman</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gelisah</li> </ol> <p><b>Gelar dan tanda minor :</b></p> <p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh sulit tidur</li> <li>2. Tidak mampu rileks</li> <li>3. Mengeluh kedinginan/ kepanasan</li> <li>4. Mengeluh lelah</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menunjukkan gejala distres</li> <li>2. Tampak merintih/menangis</li> <li>3. Pola eliminasi berubah</li> </ol>	<p>Setelah diberikan Intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan pasien mampu menunjukkan:</p> <p><b>SLKI : Status Kenyamanan</b> (L.14133)</p> <p><b>Ekspektasi : Menurun</b></p> <p><b>Level :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkat</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol> <p><b>kriteria hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan tidak nyaman menurun</li> <li>3. Keluhan kepanasan menurun</li> <li>4. Keluhan lelah menurun</li> </ol>	<p><b>SIKI : Terapi Relaksasi (1.09326)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan, berkonsentrasi.</li> <li>2. Identifikasi tehnik relaksasi yang efektif digunakan</li> <li>3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan tehnik sebelumnya</li> <li>4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman</li> <li>2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur relaksasi</li> <li>3. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> <li>4. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui adanya penurunan energi dan konsentrasi pasien</li> <li>2. Mengetahui tehnik relaksasi yang efektif digunakan</li> <li>3. Mengetahui kemampuan penggunaan tehnik relaksasi yang di berikan</li> <li>4. Mengetahui adanya ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah , peningkatan suhu sebelum dan sesudah latihan</li> <li>5. Lingkungan yang tenang dapat membuat pasien</li> <li>6. Memberikan informasi tentang prosedur relaksasi</li> <li>7. Pasien nyaman saat akan di lakukan relaksasi</li> <li>8. Relaksasi yang tepat mampu mengurangi nyeri/ketidaknyamanan pasien</li> <li>9. Pasien dan keluarga mengerti manfaat dan tujuan relaksasi</li> <li>10. Pasien dan keluarga mengetahui intervensi relaksasi yang akan di berikan</li> <li>11. Posisi yang nyaman dapat</li> </ol>
----	---	--	---	--

			<p>dan jenis relaksasi yang tersedia (miss. Musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</li> <li>3. Anjurkan posisi nyaman</li> <li>4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>5. Anjurkan sering mengulangi dan mengulangi relaksasi yang dipilih</li> <li>6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi</li> </ol> <p><b>SIKI : Dukungan Tidur</b> <b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan pola tidur menggunakan instrument SQS (<i>Sleep quality scale</i>).</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis).</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang menggagu tidur (misl. Kopi, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur).</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu</li> </ol>	<p>membuat nyaman saat tindakan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Memudahkan pasien untuk mengontrol nyeri dengan relaksasi</li> <li>13. Agar pasien dapat mengikuti teknik relaksasi</li> <li>14. Agar pasien dapat melakukan tehnik relaksasi</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skor tertinggi SQS yaitu 3 apabila terdapat kalimat negatif dan positif skor tertingginya 3 dan skor terendahnya 0.</li> <li>2. Diketahui penyebab pengganggu tidur.</li> <li>3. Diketahui makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur adalah awal dari pencegahan gangguan tidur.</li> <li>4. Meningkatkan rasa nyaman melalui memodifikasi</li> </ol>
--	--	--	--	--

			<p>matras, dan tempat tidur)</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.</li><li>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.</li></ol>	<p>lingkungan dapat memberikan rasa tenang dan rileks.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>5. Agar pasien kebutuhan tidurnya tercukupi. Tidur cukup pada orang dewasa 7-8 jam</li><li>6. Dengan menepati waktu tidur dapat membuat pola tidur terbiasa.</li></ol>
--	--	--	---	---

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Berdasarkan terminologi, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (atau program keperawatan). Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons klien terhadap tindakan tersebut (Kozier, 2016).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara yang berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan tindakan yang disesuaikan pada kriteria hasil dalam tahap perencanaan (Setiadi, 2016).

## Jurnal Pendukung

Tabel 2.5 Jurnal Pendukung

No	Judul Penelitian	Peneliti	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Pengaruh teknik relaksai nafas dalam.	(Gusti Ayu Putu Parwati, 2020)	Metode yang digunakan dalam studi kasus ini adalah metode deskriptif dengan pemaparan studi kasus melalui pendekatan asuhan keperawatan yakni pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.	Berdasarkan hasil penelitian pada hasil dan pembahasan memaparkan hasil dari kegiatan proses keperawatan yang dilakukan pada klien. Proses keperawatan dilakukan dengan tahapan dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi kemudian evaluasi keperawatan. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri (biologis) masalah teratasi sebagian. Intervensi dilanjutkan: informasikan kepada klien saat nyeri muncul, anjurkan untuk menggunakan teknik manajemen nyeri nonfarmakologi, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesic.
2.	Pengaruh aroma terapi lavender untuk menurunkan intensitas nyeri	(Mutia Anwar, 2019)	Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain eksperimen semu (quasy experiment design) yang diperluas dengan rancangan non-equivalent control group. Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan rumus analitik numerik tidak berpasangan dengan menggunakan penelitian terkait sebelumnya. Berdasarkan	Hasil penelitian pada kelompok intervensi menggambarkan rata-rata nilai skala sesudah pemberian aromatherapi lavender mengalami penurunan dari rerata 6.92 menjadi 3.83, dan dengan min-max 3- 5. Dapat dilihat bahwa rata-rata intensitas nyeri pada pasien isk dapat dikategorikan nyeri sedang dan nyeri ringan. Nyeri ringan adalah nyeri tidak mengganggu aktivitas mobilisasi atau secara obyektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik, tindakan

			perhitungan yang telah dilakukan, diperoleh sampel sebesar 11 orang, dan jumlah responden yang digunakan dalam penelitian ini sejumlah 12 responden untuk masing-masing kelompok.	manual dirasa sangat membantu. teknik relaksasi aromatherapi lavender dengan benar dalam lama waktu latihan kurang lebih 15 menit, dan responden tidak memfokuskan semua perhatiannya pada nyeri yang dirasakan.
--	--	--	---	--

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **A. Rencana Studi Kasus**

Desain penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu studi kasus deskriptif. Untuk membuat gambaran atau lukisan secara sistematis, actual dan akurat mengenai Gambaran asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada klien dengan infeksi saluran kemih (ISK) di RS Bhayangkara kota Bengkulu tahun 2022. Pada studi kasus ini penulisan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Penulis berupaya untuk menggambarkan setiap proses asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman nyeri pada klien dengan infeksi saluran kemih (ISK) di RS Bhayangkara kota Bengkulu tahun 2022.

#### **B. Subyek Studi Kasus**

Subyek karya tulis ilmiah ini adalah penderita klien dengan infeksi saluran kemih (ISK) di RS Bhayangkara kota Bengkulu tahun 2022. yang dilakukan asuhan keperawatan secara rinci dan mendalam. Kriteria subyek dalam penelitian ini adalah:

##### 1. Kriteria inklusi

- a. Klien dengan masalah gangguan rasa aman nyaman nyeri pada klien dengan infeksi saluran kemih (ISK) di RS Bhayangkara kota Bengkulu tahun 2022.
- b. Pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan jelas.
- c. Pasien bersedia untuk menjadi responden.
- d. Pasien dengan masalah gangguan rasa aman nyaman nyeri.
- e. Pasien yang dirawat minimal 3 hari .
- f. Pasien cooperative.

2. Kriteria eksklusi
  - a. Pasien yang mempunyai komplikasi berat.
  - b. Pasien mengalami gangguan kesadaran.
  - c. Pasien meninggal.

### **C. Fokus Studi Kasus**

Fokus studi kasus yang peneliti lakukan adalah memenuhi kebutuhan rasa nyaman nyeri pada penderita Infeksi Saluran Kemih (ISK). Fokus diagnosa keperawatan pada studi kasus ini yaitu nyeri akut, fokus intervensi pada studi kasus ini yaitu manajemen nyeri dengan melakukan tindakan keperawatan non-farmakologi yaitu dengan terapi tehnik nafas dalam dan aromaterapi lavender.

### **D. Definisi Operasional**

1. Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau tahap kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien di tatanan pelayanan kesehatan.
2. Infeksi Saluran Kemih (ISK) adalah keadaan adanya infeksi yang ditandai dengan pertumbuhan dan perkembangbiakan bakteri dalam saluran kemih, meliputi infeksi di parenkim ginjal sampai kandung kemih dengan jumlah bakteriuria yang bermakna.
3. Pasien adalah seseorang yang menerima perawatan medis atau asuhan keperawatan yang dipenuhi kebutuhannya atas pemberi layanan kesehatan.
4. Gangguan rasa nyaman adalah perasaan ketika seseorang merasa kurang nyaman dan sempurna dalam kondisi fisiknya.
5. Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang actual dan potensial.

### **E. Tempat Dan Waktu**

Lokasi penelitian studi kasus ini dilakukan di RS Bhayangkara kota Bengkulu. Waktu penelitian dilakukan mulai dari 20 juni 2022 sampai dengan 27 juni 2022.

## **F. Pengumpulan Data**

Studi kasus ini menggunakan sumber data primer dan sekunder. Sumber data primer didapat langsung dari pasien dan keluarga, sedangkan sumber data sekunder didapatkan dari rekam medis pasien untuk melihat pengumpulan data riwayat perjalanan penyakit pasien. Metode pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini adalah :

### 1. Wawancara

Melakukan anamnesa terstruktur untuk menanyakan keluhan utama, riwayat kesehatan, riwayat obstetri, kebutuhan pola fungsional dan mual muntah.

### 2. Observasi

Melakukan pengamatan pasien meliputi, pemeriksaan fisik yang meliputi penampilan umum, tanda-tanda vital, antropometri, pemeriksaan obstetri, pemeriksaan fisik head to toe, (dengan pendekatan: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi).

## **G. Prosedur Pengumpulan Data**

1. Melakukan pengurusan izin penelitian dari institusi ke RS Bhayangkara Kota Bengkulu
2. Mengurus izin penelitian yang telah disetujui oleh RS Bhayangkara kota Bengkulu
3. Mengidentifikasi pasien penderita Infeksi Saluran Kemih (ISK) yang sesuai dengan kriteria inklusi.
4. Melakukan *informed consent* dengan klien.
5. Melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, merumuskan diagnosa, melakukan tindakan dan evaluasi keperawatan.
6. Mendokumentasikan hasil penelitian.
7. Mengurus surat keterangan telah selesai penelitian dari RS Bhayangkara Kota Bengkulu

## H. Keabsahan Data

Keabsahan data dilakukan oleh peneliti dengan cara:

1. Peneliti mengumpulkan data secara langsung dari pasien dan keluarga (data primer) dengan menggunakan format pengkajian yang sudah disesuaikan dengan kebutuhan asuhan keperawatan rasa aman nyaman nyeri pada klien Infeksi Saluran Kemih (ISK).
2. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi secara langsung menggunakan metode pemeriksaan fisik.
3. Pengumpulan data diambil dari melihat catatan medis dokter dan perawat atau tenaga kesehatan lainnya.
4. Pengumpulan data dilakukan menggunakan alat yang standar dengan pengukuran berulang terhadap data-data pasien yang meragukan/tidak valid.

## I. Analisa Data

Analisa data dilakukan dengan menganalisis data objektif dan subjektif dan merumuskan masalah keperawatan serta membuat rencana asuhan keperawatan keluarga, tindakan dan evaluasi secara naratif dan disajikan dalam bentuk deskriptif.

## J. Etika Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan dengan mempertimbangkan etik dan legal penelitian untuk melindungi subjek studi kasus agar terhindar dari segala bahaya serta ketidaknyamanan fisik dan psikologis. Ethical clearance mempertimbangkan hal-hal di bawah ini:

### 1. *Self Determinant*

Dalam penelitian ini penulis memberikan kebebasan pada subyek studi kasus untuk memilih dan memutuskan berpartisipasi dan menolak dalam penelitian ini tanpa ada paksaan.

### 2. Tanpa nama (*anonymity*)

Penulis tidak mencantumkan nama subyek pada lembar observasi. Penggunaan *anonymity* pada penelitian ini dilakukan dengan cara

menggunakan inisial dan alamat subyek pada lembar observasi dan mencantumkan tanda tangan pada lembar persetujuan sebagai subjek.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Semua informasi yang didapat dari subjek studi kasus dan keluarga tidak akan disebarluaskan kepada orang lain dan hanya penulis yang mengetahuinya. Informasi yang telah dikumpulkan dijamin rahasia dan menggunakan nama samaran (anonim) sebagai pengganti identitas dan disimpan dalam dokumen *soft file* dan akan disimpan paling lama 5 tahun.

4. Keadilan (*justice*)

Penulis memberikan pelayanan yang sama, jam yang sama prosedur yang sama, dan melakukan manajemen yang sama pada kedua subjek penelitian.

5. Asas kemanfaatan (*beneficiency*)

Penulis memberikan asuhan keperawatan yang bebas eksploitasi, memonitor kesejahteraan ibu dan janin dan bebasrisiko infeksi. Risiko yang dimaksudkan adalah peneliti menghindarkan subjek dari bahaya.

6. *Maleficence*

Penulis tidak memperlakukan pasien semena-mena dan menimbulkan ketidaknyamanan, menyakiti, atau membahayakan subjek baik secara fisik atau psikologis melalui tindakan keperawatan dan komunikasi terapeutik.

## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

Bab ini menjelaskan tentang asuhan keperawatan pada Tn. H dengan Infeksi Saluran Kemih (ISK) yang dilakukan pada tanggal 20 - 23 Juni 2022 dengan nomor register 12.01.13 dan dirawat di Ruang Mawar RS Bhayangkara Bengkulu. Asuhan Keperawatan dimulai dari Pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 20 Juni 2022 dengan metode wawancara dengan pasien, wawancara dengan orang terdekat atau keluarga pasien, observasi, pemeriksaan fisik, catatan medis dan catatan perawat Tn. H di rawat sejak tanggal 19 Juni 2022 dengan diagnosa medis ISK.

#### **A. Hasil Studi Kasus**

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian pada Tn. H dengan diagnosa medis ISK dilakukan pada tanggal 20 juni 2022 di Ruang Mawar RS Bhayangkara Kota Bengkulu.

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

Seorang pasien laki-laki usia 62 tahun, agama Islam, suku bangsa Bengkulu Indonesia, pendidikan SMA, bahasa yang digunakan bahasa Bengkulu, pekerjaan sebagai nelayan tradisional, status telah menikah. alamat Jl. awal No Medical Record (MR) 12.01.13, dirawat di Ruang Mawar RS Bhayangkara Bengkulu.

##### **b. Keluhan Utama Saat Pengkajian**

Pada saat dilakukan pengkajian mengeluh adanya sensasi penuh pada kandung kemih, dan adanya rasa nyeri saat berkemih. Nyeri terasa seperti panas ditekan, skala nyeri 5 dan hilang timbul lama nyeri  $\pm$ 2 menit. urin keluar sedikit- sedikit, pasien mengatakan kurang nyaman karena nyeri yang dirasakan serta keluhan sering terbangun pada malam hari membuat klien tidak nyenyak tidur malam.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien datang ke IGD RS Bhayangkara pada tanggal 19 Juni 2022 pukul 22.50 WIB dengan keluhan nyeri hebat pada perut bagian bawah dan menjalar ke pinggang, disertai nyeri saat BAK terasa tidak puas sejak  $\pm$  1 minggu terakhir.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi, pasien memiliki riwayat gastritis, dan pernah dirawat di rumah sakit  $\pm$  4 tahun yang lalu karena pembengkakan di leher

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

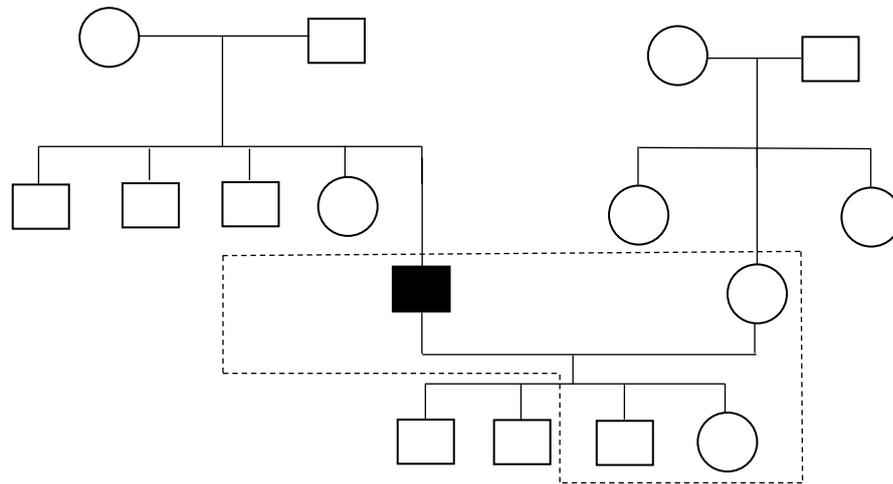
Pasien mengatakan bahwa istrinya juga pernah mengalami penyakit yang sama seperti pasien dan mengatakan tidak ada riwayat keluarga dengan penyakit degeneratif seperti hipertensi, DM, jantung dan penyakit infeksi lainnya.

4) Riwayat Psikososial dan Spiritual

Pasien mengatakan orang terdekat dengannya adalah istrinya. Istrinya dan anaknya adalah orang yang paling berarti. Dalam kegiatan masyarakat pasien mengatakan sering ikut dalam kegiatan seperti gotong royong dan perkumpulan nelayan. Komunikasi dalam keluarga dilakukan secara terbuka, setiap ada masalah selalu diselesaikan dengan musyawarah. Pasien juga mengatakan tidak ada nilai keyakinan yang bertentangan dengan kesehatannya, sebelum sakit pasien rajin beribadah menjalankan sholat lima waktu, selama dirawat di rumah sakit pasien tidak pernah menjalankan sholat 5 waktu hanya mampu berdoa untuk kesembuhan dirinya saja. Dalam pengambilan keputusan biasanya oleh pasien setelah diskusi yang dilakukan bersama dengan istrinya. Pasien dan keluarga mengatakan cemas dengan kondisi pasien saat ini, dan mereka selalu berharap dan berdoa

agar pasien segera sembuh sehingga dapat pulang dan tidak mencemaskan keluarganya.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga (genogram)



**Bagan 4.1** Genogram keluarga pasien.

Keterangan :



: Pasien



: Perempuan



: Laki-laki



: Tinggal dalam satu rumah

———— : Garis Keturunan

e. Pengkajian nyeri

1. P : Infeksi saluran kemih (ISK)
2. Q : Nyeri yang dirasakan seperti menusuk dan terasa pedih
3. R : Nyeri terasa pada perut kanan bagian bawah dan menjalar ke pinggang
4. S : Pasien mengatakan skala nyeri pada pinggang 5
5. T : Nyeri dirasakan saat ingin berkemih

## f. Pola Kebiasaan

**Tabel 4.1** Pola Kebiasaan

Hal yang dikaji	Pola kebiasaan	
	Dirumah	Dirumah sakit
1. Pola nutrisi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi makan</li> <li>- Nafsu makan</li>   <li>- Porsi makan yang dihabiskan</li> <li>- Makanan yang tidak disukai</li> <li>- Makana yang membuat alergi</li>   <li>- Makanan pantangan</li> <li>- Penggunaan obat-obatan sebelum makan</li> <li>- Penggunaan alat bantu (ngt, dil)</li>   <li>- Frekuensi minum</li> </ul>	3 kali sehari Baik  1 porsi Tidak ada Tidak ada  Tidak ada Tidak ada  Tidak ada	3 kali sehari Kurang baik karna nafsu makan kurang ½ porsi Tidak ada Tidak ada  Tidak ada Tidak ada  Tidak ada
2. Pola eliminasi <ul style="list-style-type: none"> <li>1) BAK               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi</li>   <li>- Warna</li>   <li>- Keluhan</li> <li>- Penggunaan alat bantu (kateter, dll)</li> </ul> </li> <li>2) BAB               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi</li>   <li>- Waktu</li> <li>- Konsistensi</li> <li>- Keluhan</li> <li>- Penggunaan laxative</li> </ul> </li> </ul>	6-7 kali perhari  Kuning jernih  Tidak ada Tidak ada  1 kali sehari  Tidak menentu Padat Tidak ada Tidak ada	Berkemih tertahan karena nyeri. Terdapat distensi kandung kemih  Kuning agak keruh  Terasa nyeri Tidak ada  Belum ada BAB Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada

<p>3. Pola Personal Hygiene</p> <p>2. Mandi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi</li> <li>- Waktu</li> </ul> <p>3. Oral hygiene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi</li> <li>- Waktu</li> </ul> <p>4. Cuci rambut</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi</li> <li>- Waktu</li> </ul>	<p>2 kali sehari (basah) Pagi, sore</p> <p>2 kali sehari Pagi, sore</p> <p>2 kali sehari Pagi, sore</p>	<p>2 kali sehari (Lap) Pagi, sore</p> <p>1 kali sehari Pagi hari</p> <p>Belum pernah cuci rambut</p>
<p>4. Pola Istirahat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lama tidur siang</li> <li>- Lama tidur malam</li> <li>- Kebiasaan sebelum tidur</li> </ul> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan tidak puas tidur.</li> <li>2. Pasien mengatakan sering terbangun.</li> <li>3. Pasien mengatakan kemampuan beraktivitas menurun.</li> <li>4. Pasien mengatakan pola tidur berubah.</li> </ol> <p><b>DO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat lingkaran hitam disekitar mata.</li> <li>2. Pasien tampak sering menguap.</li> <li>3. Pasien tampak mengantuk.</li> </ol>	<p>2 jam 8 jam Tidak ada</p>	<p>1 jam 4-5 jam Tidak ada tetapi pasien sebelum tidur merasa gelisa karena nyeri yang dirasakan</p>
<p>5. Pola Aktifitas dan Latihan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Waktu bekerja</li> <li>- Olahraga</li> <li>- Jenis olahraga</li> <li>- Frekuensi olahraga</li> <li>- Keluhan dalam beraktifitas (menggunakan pakaian , menggerakkan tubuh, sesak setelah beraktifitas)</li> </ul>	<p>Pasien bekerja sebagai nelayan dan kadang kadang juga menjual ikan Tidak ada Jogging / pemanasan sebelum melaut</p> <p>1 minggu sekali</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Tempat tidur saja</p> <p>Tidak ada olahraga yang dilakukan</p> <p>Tidak olahraga</p> <p>Lemah</p>

6. Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan		
1. Merokok		
- Frekuensi	Tidak merokok	Tidak merokok
- Jumlah	Tidak merokok	Tidak merokok
- Lama pemakaian	Tidak merokok	Tidak merokok
2. Minuman keras		
- Frekuensi	Tidak ada	Tidak ada
- Jumlah	Tidak ada	Tidak ada
- Lama pemakaian	Tidak ada	Tidak ada

g. Pengkajian fisik

1) Pemeriksaan fisik umum

Keadaan umum pasien tampak lemas, kesadaran Compos Mentis (GCS : 15) tekanan darah 180/70 mmHg, nadi 86 x/menit, frekuensi nafas 22x/menit, suhu tubuh 36,5°C tinggi badan pasien 156 cm, berat badan 50kg

2) Sistem penglihatan

Posisi mata simetris kiri dan kanan, kelopak mata tidak terdapat edema ataupun lesi, pergerakan bola mata sesuai, konjungtiva ananemis, sklera anikterik, kornea jernih, pupil isokor, pasien dapat melihat dengan jelas, tidak ada penggunaan kacamata dan lensa kontak.

3) Sistem pendengaran

Daun telinga simetris kiri dan kanan, tidak ada pengeluaran cairan dari telinga, tidak ada perasaan penuh di telinga, pasien dapat mendengar dengan jelas, tidak ada pemakaian alat bantu pendengaran. Pada sistem wawancara, klien berkomunikasi / berbicara dengan jelas dan dimengerti.

4) Sistem pernafasan

Jalan nafas pasien pernafasan spontan tidak memakai alat bantu oksigenasi), tidak tampak penggunaan otot bantu pernafasan. pergerakan dinding dada simetris, frekuensi 22x / menit, irama

nafas teratur, jenis pernafasan dada, suara nafas vesikuler, tidak ada batuk, sputum dan darah, ekspansi paru mengembang maksimal.

5) Sistem Kardiovaskuler

Frekuensi nadi 86x/menit, irama nadi cepat dan kuai, konjungtiva an anemis, tekanan darah 180/70 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis, capillary refill time (CRT) < 2 detik, bunyi jantung BJ 1 dan BJ I tidak ada keluhan nyeri dada, tidak tampak pucat, konjungtiva an anemis, dan tidak terlihat tanda-tanda perdarahan.

6) Sistem hematologi

Pasien tidak tampak pucat, konjungtiva an anemis, dan tidak terlihat tanda-tanda perdarahan.

7) Sistem persaratan

Tingkat kesadaran Compos Mentis, GCS 15 (E4V5M6), terdapat keluhan sakit kepala (pusing) karena kurang tidur, tidak ada gangguan sistem persayabatan.

8) Sistem pencernaan

Keadaan mulut dan gigi bersih, tidak ada penggunaan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah bersih, pasien tidak mengeluh mual, tidak ada muntah, bising usus 8x/menit, konsistensi feses terakhir lunak, hepar tidak teraba.

9) Sistem endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid maupun limfa, tidak ada nafas berbau keton, tidak ada luka ganggren.

10) Sistem perkemihan

Terdapat keluhan nyeri saat bung air kecil, frekuensi BAK > 3x/hari, urin keluar sedikit-sedikit, warna urin kuning keruh, nyeri tekan, kandung kemih teraba tegang/kencang, terdapat neyri tekan dan nyeri ketuk pada perut bagian bawah.

## 11) Sistem integumen

Turgor kulit baik/elastis, warna kulit kuning langsung, tidak ada hiperpigmentasi dan warna merata, tidak terdapat luka/lesi, tampak bekas operasi pada abdomen kanan bawah, tampak kehitaman di bawah terpasang ditangan kiri dengan kondisi baik, tidak ada edema, keadaan rambut agak kusam, capillary refill time < 3 detik.

## 12) Sistem musculoskeletal

Tidak ada kesulitan pergerakan, tidak ada deformitas tulang maupun sendi, tidak teraba adanya edema pada ekstremitas, tidak ada nyeri tekan pada ekstremitas, pasien berbaring ditempat tidur dan masih mampu melakukan aktivitas dengan mandiri dengan bantuan minimal dari perawat dan keluarga. Kekuatan otot:

555	555
555	555

## h. Data Penunjang

**Tabel 4.2** Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal 20 juni 2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
1. Hematocrit	37%	L 42 – 52 % P 36 – 42 %	%
2. Leukosit	11.100	5.000 – 10.000/ul	Mm3
3. Trombosit	219.000	150.000- 400.000/ul	Mm3

**Tabel 4.3** Pemeriksaan Urin Rutin

Tanggal 21 juni 2022

Pemeriksaan Urin Rutin	Hasil	Normal
1. Makroskopik		
Kejernihan	Keruh	Jernih
Warna	Kuning	Putih jernih
Kimiawi		
- Protein	(-) Negatif	Negatif
- Reduksi	(-) Negatif	Negatif
- Urobilin		
- Bilirubin	(-) Negatif	Negatif

2. Mikroskopik		
- Epitel	4-8	<3 / LPB
- Leukosit	4-8	<3 /LPB
- Eritosit	0-1	<3 /LPB
- Silinder	(-) Negatif	Negatif
- Kristal	(-) Negatif	Negatif
- Bakteri/jamur	(+) positif	Negatif

**Tabel 4.4** terapi Obat

Tanggal 20 – 23 Juni 2022

Obat	Dosis/cara pemberian	Jam pemberian
IVFD RL	20 Tetes/Menit	3 kolf perhari
Obat Parental		
- Ceftriaxone	2x1/Iv	15.00 : 03.00
- Omz (omeprazole)	1x1/Iv	15.00
- Ondansetron	3x1/Iv	15.00 : 23.00 : 07.00
- Keterolac	2x1/Iv	15.00 : 03.00
Obat Oral		
- Sukralfat	3x1/Oral	06.00 : 14.00 : 22.00 (sebelum makan)
- Urinter	2x1/Oral	16.00 : 04.00
- Amlo	1x1/Oral (malam)	22.00 (Sebelum tidur)
- Candesartan	1x1/Oral (pagi)	08.00

i. Analisa Data

Nama pasien : Tn.H

Umur : 62 tahun

Ruangan : Mawar

**Tabel 4.5** Analisa Data

NO	SIGN/SYMPATOM	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<b>Subjektif :</b> 1. P: Infeksi Saluran Kemih 2. Q: nyeri yang dirasakan seperti ditekan dan terasa pedih 3. R: Nyeri terasa pada perut kanan bagian bawah dan menjalar ke pinggang	Proses terjadinya infeksi	Nyeri akut

	<p>4. S: Skala nyeri 5 5. T: Nyeri di rasakan saat ingin berkemih</p> <p><b>Objektif :</b></p> <p>1. Pasien tampak meringis 2. Nyeri tekan saat di palpasi di perut bagian bawah 3. Terdapat bakteri + (positif) pada pemeriksaan laboratorium 4. Warna urin kuning keruh</p>		
2.	<p><b>Subjektif :</b></p> <p>1. Mengeluh tidak nyaman 2. Mengeluh sulit tidur 3. Tidak mampu rileks 4. Mengeluh lelah</p> <p><b>Objektif :</b></p> <p>1. Tampak merintih/menangis 2. Pola eliminasi berubah</p>	Gejala penyakit (pola tidur berubah)	Gangguan rasa nyaman

## 2. Diagnosa Keperawatan

Nama pasien : Tn.H

Umur : 62 tahun

Ruangan : Mawar

**Tabel 4.6** Diagnosa Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL MUNCUL	NAMA & PARAF	TANGGAL TERATASI	NAMA & PARAF
1.	Nyeri akut berhubungan dengan proses infeksi	20 Juni 2022	Tria	23 Juni 2022	Tria
2.	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit	20 Juni 2022	Tria	23 Juni 2022	Tria

## 3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 4.7 Perencanaan Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN		
		TUJUAN /KRITERIA HASIL (SLKI)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)	RASIONAL
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis ditandai dengan tampak meringis, bersikap protektif</p> <p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. P: Infeksi Saluran Kemih</li> <li>2. Q: nyeri yang dirasakan seperti ditekan dan terasa pedih</li> <li>3. R: Nyeri terasa pada perut kanan bagian bawah dan menjalar ke pinggang</li> <li>4. S: Skala nyeri 5</li> <li>5. T: Nyeri di rasakan saat ingin berkemih</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak meringis</li> <li>2. Nyeri tekan saat di palpasi di perut bagian bawah</li> <li>3. Terdapat bakteri + (positif) pada pemeriksaan laboratorium</li> <li>4. Warna urin kuning keruh</li> </ol>	<p>Setelah diberikan Intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam, diharapkan pasien mampu menunjukkan:</p> <p><b>SLKI: Tingkat nyeri Ekspektasi : Menurun Level</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkat</li> <li>2. Cukup Meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup Menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol> <p><b>kriteria hasil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Kesulitan tidur menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Ketegangan otot menurun</li> </ol> <p><b>Level</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memburuk</li> <li>2. Cukup Memburuk</li> <li>3. Sedang</li> </ol>	<p><b>SIKI: Manajemen Nyeri</b></p> <p><b>Aktivitas keperawatan:</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, identitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons non verbal</li> <li>4. Identifikasi respon yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menegtahui lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dari pasien</li> <li>2. Mengetahui respon nyeri non verbal pasien</li> <li>3. Mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pasien</li> <li>4. Mengetahui seberapa besar rasa nyeri mempengaruhi hidup pasien</li> <li>5. Mengetahui pengetahuan pasien tentang nyeri</li> <li>6. Mengetahui adakah budaya yang mempengaruhi terhadap respon nyeri</li> <li>7. Mengetahui pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</li> <li>8. Mengetahui keberhasilan terapi yang sudah diberikan</li> <li>9. Mengetahui ada tidaknya</li> </ol>

		<p>4. Cukup Membaik 5. Membaik</p> <p><b>kriteria hasil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nadi membaik</li> <li>2. Tekanan darah membaik</li> <li>3. Pola tidur membaik</li> </ol>	<p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> <li>2. Control lingkungan yang mempeberat rasa nyeri(mis.suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu Intervensi pendukung: pemberian analgesik Tindakan</li> </ol>	<p>efek samping penggunaan analgetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Mengurangi tingkat nyeri/mengalihkan pasien dari rasa sakitnya</li> <li>11. Mengurangi resiko faktor yang dapat memperberat nyeri/menimbulkan nyeri</li> <li>12. Mengalihkan dan memmmnuhi kebutuhan istirahat pasien</li> <li>13. Memberikan informasi terkait nyeri yang dirasakan pasien</li> <li>14. Membantu pasien mengatasi saat rasa nyeri muncul</li> <li>15. Memudahkan pasien untuk mengontrol nyeri dengan cara sederhana</li> <li>16. Membantu meredakan nyeri yang dirasakan</li> </ol>
--	--	--	---	---

2.	<p>Gangguan Rasa Nyaman b.d Gejala Penyakit ( D.0074)</p> <p><b>Gejala dan tanda mayor :</b></p> <p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh tidak Nyaman</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Gelisah</li> </ol> <p><b>Gelar dan tanda minor :</b></p> <p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh sulit tidur</li> <li>2. Tidak mampu rileks</li> <li>3. Mengeluh kedinginan/kepanasan</li> <li>4. Mengeluh lelah</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menunjukkan gejala distres</li> <li>2. Tampak merintih/menangis</li> <li>3. Pola eliminasi berubah</li> </ol>	<p>Setelah diberikan Intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan pasien mampu menunjukkan:</p> <p><b>SLKI : Status Kenyamanan</b> (L.14133)</p> <p><b>Ekspektasi : Menurun</b></p> <p><b>Level :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkat</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol> <p><b>kriteria hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan tidak nyaman menurun</li> <li>3. Keluhan kepanasan menurun</li> <li>4. Keluhan lelah menurun</li> </ol>	<p><b>SIKI : Terapi Relaksasi (1.09326)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan, berkonsentrasi.</li> <li>2. Identifikasi tehnik relaksasi yang efektif digunakan</li> <li>3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan tehnik sebelumnya</li> <li>4. Priksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman</li> <li>2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur relaksasi</li> <li>3. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> <li>4. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui adanya penurunan energi dan konsentrasi pasien</li> <li>2. Mengetahui tehnik relaksasi yang efektif digunakan</li> <li>3. Mengetahui kemampuan penggunaan tehnik relaksasi yang di berikan</li> <li>4. Mengetahui adanya ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah , peningkatan suhu sebelum dan sesudah latihan</li> <li>5. Lingkungan yang tenang dapat membuat pasien</li> <li>6. Memberikan informasi tentang prosedur relaksasi</li> <li>7. Pasien nyaman saat akan di lakukan relaksasi</li> <li>8. Relaksasi yang tepat mampu mengurangi nyeri/ketidaknyamanan pasien</li> <li>9. Pasien dan keluarga mengerti manfaat dan tujuan relaksasi</li> <li>10. Pasien dan kluarga mengetahui intervensi relaksasi yang akan di berikan</li> </ol>
----	--	--	--	---

			<p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (miss. Musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</li> <li>2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</li> <li>3. Anjurkan posisi nyaman</li> <li>4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>5. Anjurkan sering mengulangi dan mengulangi relaksasi yang dipilih</li> <li>6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi</li> </ol> <p><b>SIKI : Dukungan Tidur</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan pola tidur menggunakan instrument SQS (<i>Sleep quality scale</i>).</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis).</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang menggagu tidur (misl. Kopi, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Posisi yang nyaman dapat membuat nyaman saat tindakan</li> <li>12. Memudahkan pasien untuk mengontrol nyeri dengan relaksasi</li> <li>13. Agar pasien dapat mengikuti teknik relaksasi</li> <li>14. Agar pasien dapat melakukan tehnik relaksasi</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skor tertinggi SQS yaitu 3 apabila terdapat kalimat negatif dan positif skor tertingginya 3 dan skor terendahnya 0.</li> <li>2. Diketahui penyebab pengganggu tidur.</li> <li>3. Diketahui makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur adalah awal dari pencegahan gangguan tidur.</li> <li>4. Meningkatkan rasa nyaman</li> </ol>
--	--	--	---	--

			<p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu matras, dan tempat tidur)</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.</li> <li>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.</li> </ol>	<p>melalui memodifikasi lingkungan dapat memberikan rasa tenang dan rileks.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Agar pasien kebutuhan tidurnya tercukupi. Tidur cukup pada orang dewasa 7-8 jam</li> <li>6. Dengan menepati waktu tidur dapat membuat pola tidur terbiasa.</li> </ol>
--	--	--	---	---

**E. Implementasi Keperawatan**

Nama pasien : Tn. H

Umur : 62 tahun

Ruangan : Mawar

**Tabel 4.8** Implementasi Keperawatan hari pertama

<b>HARI TANGGAL PUKUL</b>	<b>NO DX</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>EVALUASI (RESPON HASIL)</b>	<b>NAMA &amp; PARAF</b>
Senin 20 Juni 2022 08.00 WIB	I	1. Mengobservasi K/U	1. KU : Baik Kesadaran composmentis (GCS:15) TD : 180/90 mmHg N : 99x/menit S: 36,9 °C	
08.05 WIB		2. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi, intensitas nyeri nyeri dengan menggunakan skala numeric dengan angka 1-10	2. Pasien mengatakan P: Nyeri karena infeksi saluran kemih dan distensi kandung kemih Q: pasien mengatakan nyeri seperti di tekan dan panas R: pasien mengatakan nyeri daerah perut bagian bawah dan menjalar ke pinggang S: skala nyeri 5 T: Hilang Timbul	
08.10 WIB		3. Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidak nyamanan	3. Pasien tampak gelisah, pasien tampak meringkuk dengan kedua tangan memegang perutnya	
08.15 WIB		4. Melakukan observasi akibat dari nyeri terhadap kualitas hidup pasien	4. Pasien mengatakan sulit tidur nyenyak karena sering terbangun	

08.20 WIB		(tidur, nafsu makan ).	akibat nyeri, serta nafsu makan berkurang	
08.25 WIB		5. Menganjurkan pasien untuk tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri 6. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan cairan yang adekuat dengan minum air putih 1400-1600 cc perhari	5. Pasien mampu mempraktekan tehnik relaksasi nafas dalam yang di ajarkan dengan baik 6. Pasien mengikuti dan minum 1000cc perhari	
08.30 WIB	II	7. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur menggunakan instrument SQS ( <i>Sleep quality scale</i> )	7. Pasien mengatakan sering tidur pada pukul 23:00 WIB. Pasien hanya bisa tidur 3 jam dan sering terbangun. Di dapatkan skor 54 dari instrument SQS yang menandakan pasien mengalami kesulitan tidur pada tingkat berat.	
08.40 WIB		8. Menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia	8. Pasien mengerti manfaat dan tujuan yang di berikan	
09.00 WIB		9. Meidentifikasi tehnik relaksasi yang efektif digunakan	9. Klien mengatakan tehnik relaksasi nafas dalam dan terapi aromaterapi lavender membuat prasaan rileks	
09.05 WIB		10.Menganjurkan rileks dan merasakan senssi relaksasi	10. Pasien mengikuti instruksi perawat	
09.30 WIB		11.Demonstrasikan dan latih tehnik relaksasi dengan aromaterapi lavender	11. Pasien terlihat antusias mengikuti latihan	
09.20 WIB		12.Memonitor respons terhadap terapi	12. Pasien mengatakan dengan	

		relaksas.	aromaterapi lavender memberi perasaan rileks	
11.00 WIB		13.Menganjurkan sering mengulangi atau melatih tehnik yang di pilih.	13. Pasien mengatakan akan sering mengulangi terapi yang di pilih	
11.10 WIB		14.mengidentifikasi faktor penganggu tidur (fisik dan/atau psikologis).	14. Pasien mengatakan karena nyeri dan ayan-ayan berkemih membuat sulit tidur	
11.15 WIB		15.Mengidentifikasi makanan dan minuman yang menggagu tidur (misl. Kopi, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur).	15. Pasien mengatakan tidak ada makanan dan minuman yang mengganggu tidur	
11.20 WIB		16.Memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu matras, dan tempat tidur)	16. Pasien mengatakan kebisingan mengganggu tidur pasien	
11.25 WIB		17.Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.	17. Pasien memahami yang telah di anjurkan	
11.30 WIB		18.Megnjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.	18. Pasien mengatakan akan melakukan tidur	

Nama pasien : Tn.H

Umur : 62th

Ruangan : Mawar

**Tabel 4.9** Implementasi Keperawatan Hari kedua

<b>HARI TANGGAL PUKUL</b>	<b>NO DX</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>EVALUASI (RESPON HASIL)</b>	<b>NAMA &amp; PARAF</b>
Selasa 21 Juni 2022 08.30 WIB	I	1. Mengobservasi K/U	1. K/U: Baik Kesadaran: composmentis TD: 170/117 mmHg RR: 20x/menit N: 83x/menit S: 36.4°C	
08.35 WIB		2. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi, intensitas nyeri nyeri dengan menggunakan skala numeric dengan angka 1-10	2. Pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen sebelah kanan bawah dan menjalar ke pinggang. P: Infeksi Saluran Kemih Q: seperti ditekan R: nyeri pada perut kanan bawah S: skala nyeri 3 T: ± 5 menit (Hilang timbul)	
08.40 WIB		3. Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidak nyamanan	3. Pasien tampak gelisah, pasien tampak memegang perut bawah sebelah kanan.	
08.45 WIB		4. Melakukan observasi akibat dari nyeri terhadap kualitas hidup pasien (tidur, nafsu makan )	4. Pasien mengatakan semalam dapat tertidur lebih nyenyak, karena nyeri yang dirasakan sudah berkurang	

09.05 WIB	II	5. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur menggunakan instrument SQS ( <i>Sleep quality scale</i> ).	5. Pasien mengatakan sering tidur pada pukul 23:00 WIB. Pasien tidur sebanyak 5 jam dan sering terbangun. Di dapatkan skor 42 dari instrument SQS yang menandakan pasien mengalami kesulitan tidur pada tingkat berat
09.10 WIB		6. Menganjurkan pasien untuk tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri	6. Pasien mampu mempraktekan tehnik nafas dalam yang telah diajarkan dengan baik
09.45 WIB		7. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan cairan yang adekuat dengan minum air putih 1400-1600 cc perhari	7. Pasien dan keluarga kooperatif
10.00 WIB		8. Menganjurkan rileks dan merasakan senssi relaksasi	8. Pasien mengikuti instruksi perawat
10.05 WIB		9. Mengevaluasi latihan tehnik relaksasi nafas dalam dan aromaterapi lavender	9. Pasien dapat mendemostrasikan tehnik yang di berikan
10.10 WIB		10. Memonitor respons terhadap terapi relaksasi	10. Pasien mengatakan dengan aromaterapi lavender memberi perasaan rileks
10.15 WIB		11. Memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu matras, dan tempat tidur)	11. Pasien mengatakan sudah nyaman dengan lingkungan
10.20 WIB		12. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.	12. Pasien mengatakan memahami penjelasan perawat, dan mampu mengulangi penjelasan perawat
10.25 WIB		13. Mengajarkan menepati kebiasaan waktu tidur.	13. Pasien mengatakan sudah bisa memulai tidur malam dan tidur sedikit nyenyak dari hari kemarin

Nama Pasien : Tn.H

Umur : 62th

Ruangan : Mawar

**Tabel 4.10** Implementasi Keperawatan Hari ketiga

HARI TANGGAL PUKUL	NO DX	IMPLEMENTASI	EVALUASI (RESPON HASIL)	NAMA & PARAF
Senin 22 Juni 2022 14.10 WIB  14.15 WIB  14.20 WIB	I	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengobservasi K/U Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi, intensitas nyeri nyeri dengan menggunakan skala numeric dengan angka 1-10</li> <li>Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidak nyamanan</li> <li>Melakukan observasi akibat dari nyeri terhadap kualitas hidup pasien (tidur, nafsu makan, BAK )</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>K/U: Baik Kesadaran composmentis TD: 160/117 mmHg RR: 20x/menit N: 83x/menit S: 36. 4°C Pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen bawah dan menjalar ke pinggang. P: Infeksi Saluran Kemih Q: seperti ditekan R: nyeri pada perut bawah S: skala nyeri 2 T: ± 2 menit nyeri saat ingin berkemih.</li> <li>Pasien tampak gelisah, pasien tampak memegang perut bawah.</li> <li>Pasien mengatakan semalam dapat tidur nyenyak, karena nyeri BAK yang dirasakan sudah berkurang</li> </ol>	

14.25 WIB		4. Mengajarkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri	4. Pasien mampu mempraktekan tehnik nafas dalam yang telah di ajarkan
14.30 WIB		5. Mengajarkan pasien untuk meningkatkan minum yang adekuat dengan minum air putih 1400-1600 cc perhari	5. Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah relaksasi nafas dalam
14.35 WIB	II	6. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur menggunakan instrument SQS ( <i>Sleep quality scale</i> )	6. Pasien mengatakan sering tidur pada pukul 23:00 WIB. Pasien tidur sebanyak 5 jam dan sering terbangun. Di dapatkan skor 42 dari instrument SQS yang menandakan pasien mengalami kesulitan tidur pada tingkat berat
14.40 WIB		7. Mengajarkan pasien rileks saat relaksasi	7. Pasien dan keluarga kooperatif
14.45 WIB		8. Mengevaluasi latihan teknik relaksasi nafas dalam dan aromaterapi lavender	8. Pasien dapat mendemostrasikan tehnik yang di berikan
15.05 WIB		9. Memonitor respons terhadap terapi relaksasi	9. Pasien mengatakan dengan aromaterapi lavender memberi perasaan rileks
16.00 WIB		10. Memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu matras, dan tempat tidur)	10. Pasien mengatakan sudah nyaman dengan lingkungan
		11. Mengajarkan menepati kebiasaan waktu tidur.	11. Pasien mengatakan malam sudah tidur dengan nyenyak

## 4. Evaluasi Keperawatan

**Tabel 4.11** Evaluasi keperawatan hari pertama

No	Tanggal	No Diagnosis	Evaluasi	Paraf
1.	20 Juni 2022	<b>I</b>	<p><b>S Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Nyeri karena infeksi saluran kemih dan distensi kandung kemih</li> <li>- Q: pasien mengatakan nyeri seperti di tekan dan panas</li> <li>- R: pasien mengatakan nyeri daerah perut bagian bawah dan menjalar ke pinggang</li> <li>- S: skala nyeri 5</li> <li>- T: Hilang Timbul</li> <li>- Pasien mengatakan sulit tidur nyenyak</li> </ul> <p><b>O Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien tampak tidur meringkuk dengan kedua tangan memegang bagian perutnya</li> <li>- Pasien tampak protektif saat di ubah posisinya</li> <li>- Skala nyeri 5</li> <li>- Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam yang di berikan</li> <li>- TD :170/80 mmHg</li> <li>N : 94x/m</li> <li>RR : 22x/m</li> <li>S : 36,4 C</li> </ul> <p><b>(A) Analisa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tingkat nyeri belum menurun</li> <li>- Masalah nyeri akut belum teratasi</li> </ul>	Tria

			<p><b>(P) Planning:</b> intervensi manajemen nyeri di lanjutkan Aktivitas keperawatan no ; 1, 2, 3, 4, 5, dan 6</p>	
2.	20 Juni 2022	II	<p><b>(S) Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh tidak nyaman pada daerah abdomen</li> <li>- pasien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah</li> <li>- pasien mengeluh sulit tidur pada malam hari</li> <li>- pasien mengatakan rileks dan tenang ketika menghirup aromaterapi lavender</li> </ul> <p><b>(O) Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak meringis</li> <li>- pasien tampak gelisah</li> <li>- TD :170/80 mmHg</li> <li>N : 94x/m</li> <li>RR : 22x/m</li> <li>S: 36,9 C</li> </ul> <p><b>(A) Analisa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- status kenyamanan belum meningkat</li> <li>- pasien masih mengeluh sulit tidur pada malam hari</li> </ul> <p><b>(P) Planning:</b> Intervensi status kenyamanan dilanjutkan Aktivitas Keperawatan No : 7, 9, 10, 11, 12, dan 13</p>	Tria

Tabel 4.12 Evaluasi keperawatan hari kedua

No	Tanggal	No Diagnosis	Evaluasi	Paraf
1.	21 Juni 2022	<b>I</b>	<p><b>(S) Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri</li> <li>P : nyeri Infeksi Saluran Kemih</li> <li>Q: nyeri seperti di tekan serta terasa panas</li> <li>R: nyeri pada abdomen bawah</li> <li>S: skala nyeri 3</li> <li>T: hilang timbul</li> <li>- Pasien mengatakan tidur lebih nyenyak</li> </ul> <p><b>(O) Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lebih tenang dan sesekali memegangi abdomen bawah karena nyeri hilang timbul</li> <li>- TD : 160/80 mmHg</li> <li>RR :19x/menit</li> <li>N : 90x/menit</li> <li>S: 36,6 C</li> <li>RR : 22x/m</li> </ul> <p><b>(A) Analisa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tingkat nyeri cukup menurun</li> <li>- Masalah nyeri akut belum teratasi</li> </ul> <p><b>(P) Planning:</b> intervensi manajemen nyeri di lanjutkan aktifitas keperawatan nomor :1, 2, 3, 4, 5, dan 6</p>	Tria
2.	21 Juni 2022	<b>II</b>	<p><b>(S) Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang</li> </ul>	Tria

			<p>-Pasien mengatakan rileks dan tenang ketika menghirup aromaterapi lavender</p> <p>-Pasien mengatakan tidur sedikit lebih nyenyak</p> <p><b>(O) Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sedikit meringis</li> <li>- pasien tampak gelisah</li> <li>- TD :160/80 mmHg N : 94x/m RR : 22x/m S : 37,0 C</li> </ul> <p><b>(A) Analisa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- status kenyamanan cukup meningkat</li> <li>- pasien mengatakan sudahnyenyak tidur malam</li> </ul> <p><b>(P) Planning:</b> intervensi manajemen nyeri di lanjutakn aktifitas keperawatan nomor :11, 12 dan 13</p>	
--	--	--	--	--

Tabel 4.13 Evaluasi keperawatan hari ketiga

No	Tanggal	No Diagnosis	Evaluasi	Paraf
1.	22 Juni 2022	I	<p><b>(S) Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri</li> <li>P : -</li> <li>Q : -</li> <li>R : -</li> <li>S : skala nyeri 1</li> <li>T : -</li> <li>- Pasien mengatakan semalam dapat tidur nyenyak</li> </ul> <p><b>(O) Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak tenang dan nyaman</li> <li>- Pola tidur membaik</li> <li>- TD :155/70 mmHg</li> <li>N : 94x/m</li> <li>RR : 22x/m</li> <li>S : 37.0 C</li> </ul> <p><b>(A) Analisa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri akut menurun</li> <li>- Keluhan tidak ada</li> </ul> <p><b>(P) Planning:</b> intervensi dihentikan, pasien pulang</p>	Tria
2.	23 Juni 2022	II	<p><b>(S) Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak nyeri lagi</li> <li>- Pasien mengatakan semalam dapat tidur malam</li> <li>- Pasien mengatakan merasa rileks saat menghirup aromaterapi lavender</li> </ul>	

			<p><b>(O) Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien tampak tampak tenang</li><li>- Pola tidur membaik</li><li>- TD :155/70 mmHg</li><li>  N : 94x/m</li><li>  RR : 22x/m</li><li>- S 37.0 C</li></ul> <p><b>(A) Analisa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- status kenyamanan meningkat</li><li>- tidak ada keluhan kenyamanan</li></ul> <p><b>(P) Planning:</b> Intervensi dihentikan, pasien pulang.</p>	
--	--	--	--	--

## B. Pembahasan

Pada bagian ini penulis karya tulis ilmiah akan membahas tentang kesenjangan teori dan data yang ditemukan dalam proses keperawatan pada kasus Tn. H dengan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien Infeksi Saluran Kemih (ISK) yang dilakukan di RS Bhayangkara Bengkulu. Kesenjangan antara teori dan kasus akan dibahas mulai dari pengkajian hingga evaluasi keperawatan.

### 1. Pengkajian

Hasil pengkajian pada kasus Tn.H didapatkan data bahwa pasien berjenis kelamin laki-laki dan berusia 62 tahun. Berdasarkan pengajian kebutuhan rasa nyaman menggunakan skala nyeri NRS dengan diagnosa ISK pada pasien Tn.H didapatkan skala nyeri pasien berada pada 5 dengan katagori nyeri sedang.

Hasil pemeriksaan TD:180/80 mmHg, frekuensi nadi 94x/menit, frekuensi nafas 23x/menit dan suhu 36.4°C. Tn.H sudah mengalami nyeri perut diabdomen bawah sebelah kanan sejak  $\pm$  1 minggu yang lalu namun nyeri yang dirasakan belum begitu parah, kemudian pada tanggal 19 juni 2022 pasien mengeluh nyeri bertambah hebat dan segera datang ke RS Bhayangkara Bengkulu untuk dilakukan tindakan pengobatan. Pada data pemeriksaan fisik didapatkan data bahwa keadaan umum klien baik dan kesadaran *composmentis* pada pemeriksaan abdomen terdapat distensi kandung kemih urine tampak berwarna seperti teh.

Menurut Ayu (2020) tanda dan gejala yang umumnya di temukan pada pasien ISK adalah nyeri saat buang air kecil, nyeri suprapubik, nyeri pinggang, itu disebabkan karena adanya respon peradangan di dalam kandung kemih hal itu sejalan dengan kasus yang di temukan pada Tn.H yaitu pasien mengatani nyeri saat buang air keci dan nyeri pada abdomen bagian bawah.

Menurut Irpandi (2020) Pada pasien ISK biasanya mengeluh anyang–anyangan atau rasa ingin buang air kecil. Akibatnya pasien mengeluh tidak nyaman dan kesulitan istirahat pada malam hari.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan mengurangi respon aktual atau potensial pasien terhadap masalah kesehatanyang perawat mempunyai izin untuk menguasainya. Menurut ada lima diagnosa yang muncul pada penyakit Infeksi Saluran Kemih yaitu : pada Tn.H diagnosa yang dapat di tegakan adalah nyeri akut, kurang Berdasarkan SDKI, SIKI, SLKI, diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan dalam kasus ini memiliki 2 diagnosis, yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit.

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebab nyeri akut diantaranya adalah agen pencedera fisiologis (misalnya inflamasi, iskemia, dan neoplasma), agen pencedera kimiawi (misalnya terbakar, bahan kimia instan), agen pencedera fisik (mislanya abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, serta latihan fisik berlebih). Gejala dan tanda mayor minor nyeri akut adalah pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri dan diaforesis (SDKI,2016).

Dalam kasus ini diagnosa nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi) didukung oleh data pendukung klien mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, skala nyeri 5 nyeri di bagian abdomen

bawah, pasien mengatakan nyeri seperti ditekan dan panas serta hilang timbul dalam waktu  $\pm 2$  menit. Inflamasi terjadi karena adanya infeksi dalam saluran kemih.

Pada diagnosa kedua penulis mengangkat diagnosa gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit dengan data subjektif pasien mengeluh sulit tidur, meringis, mengeluh tidak nyaman, tidak mampu rileks. Data objektif pasien gelisah dan meringis.

### 3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah rencana keperawatan yang akan perawat lakukan kepada pasien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi. Secara teori rencana keperawatan dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

Perencanaan atau intervensi yang dirancang oleh penulis untuk mengatasi masalah pada kasus, yaitu tersusun dari atas tindakan observasi, tindakan terapeutik, edukasi dan kolaborasi yang disesuaikan dengan kondisi klien. Target waktu pencapaian kriteria hasil pada semua diagnosis ditentukan dengan rentang waktu yang sama yaitu 3 x 24 jam. Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis intervensi yang penulis rencanakan untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil yang terdapat di SLKI yaitu tingkat nyeri dan kontrol nyeri membaik. Intervensi disusun berdasarkan SIKI yaitu manajemen nyeri untuk diagnosa pertama dengan kontrol nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam untuk meredakan nyeri dan diagnosa kedua gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit dan kriteria hasil yang terdapat di SLKI yaitu status kenyamanan meningkat. Intervensi disusun

berdasarkan SIKI yaitu terapi relaksasi dengan menggunakan aromaterapi lavender.

Intervensi pada kasus Tn. H dibuat berdasarkan diagnosa yang sudah dirumuskan sebelumnya. pada kasus Tn.H penulis menyusun rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul berdasarkan rencana keperawatan yang telah dituliskan pada teori.

Intervensi yang akan dikembangkan yaitu terapi Teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi merupakan teknik nonfarmakologi untuk menurunkan nyeri. Terapi relaksasi yaitu teknik relaksasi pernafasan dengan melibatkan kepercayaan sehingga dapat menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh dan meniadakan otot-otot lebih rileks menimbulkan rasa nyaman dan tenang (Yusliana, 2017).

Selanjutnya yaitu terapi lavender merupakan yang dilakukan selama 15-30 menit. Tindakan ini dilakukan oleh pasien dan didampingi oleh peneliti dengan menginstruksikan pasien membayangkan diri dalam keadaan rileks.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tindakan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2015).

Penulis melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari yaitu pada pasien Tn.H mulai tanggal 20 Juni 2022 sampai dengan tanggal 22 Juni 2022. Implementasi yang dilakukan adalah manajemen nyeri, pengkajian skala nyeri, mengajarkan teknik non farmakologi yaitu teknik latihan relaksasi nafas dalam dan teknik aromaterapi lavender. Tindakan teknik relaksasi aromaterapi lavender dilakukan setiap hari

yaitu pada tanggal 20 Juni 2022 sampai dengan 22 Juni 2022. Selama melakukan implementasi, penulis menemukan faktor pendukung keberhasilan tindakan pada pasien yaitu pasien dan keluarga kooperatif selama tindakan dan aktif selama kegiatan, kerjasama terjalin baik dengan perawat ruangan, data medis dari dokter dan catatan keperawatan didapatkan dengan baik sehingga pelaksanaan keperawatan dapat berjalan lancar

b. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses keperawatan yang mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan kearah pencapaian tujuan, dengan menggunakan dua jenis evaluasi yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap kali selesai melakukan tindakan dan evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan.

Pada hari kedua tanggal 21 Juni 2022 masalah nyeri akut gangguan rasa nyaman teratasi sebagian karena pasien kondisi pasien mengalami perubahan seperti pasien mengatakan keluhan nyeri berkurang skala nyeri 3, pasien lebih tenang dan rileks. Keluhan tidak nyenyak tidur malam berkurang Hasil analisa berada di level 4 (cukup menurun).

Pada hari ketiga 22 Juni 2022 nyeri akut dan gangguan rasa nyaman Tn. H berhasil teratasi. Dibuktikan oleh perubahan kondisi Tn.H yang ditandai dengan pasien tidak mengeluh nyeri lagi, tidak meringis lagi, pasien tampak tenang, frekuensi napas 24x/menit, TD 160/80 mmHg. Hal ini dapat tercapai karena pasien kooperatif dalam menjalankan intervensi yang telah di rencanakan oleh perawat.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan studi kasus pemenuhan rasa nyaman pada Tn.H dengan masalah Infeksi Saluran Kemih yang telah penulis lakukan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan yang dilakukan oleh Tn.H pada tanggal 20 Juni 2022 didapatkan data pasien mengeluhkan nyeri pada abdomen bawah, mengeluh tidak nyaman, gelisah, sulit tidur nyenyak pada malam hari karena ayan-ayan ingin berkemih dan nyeri yang dirasakan panas dan seperti ditekan, skala nyeri 5 durasi nyeri  $\pm 2$  menit. Saat dilakukan pemeriksaan fisik tekanan darah 160/70mmHg, pernafasan 22x/menit nadi 99x/menit dan suhu 36,9 C. Berdasarkan pengkajian tersebut keluhan yang dialami Tn.H menunjukkan masalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis serta gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit di tandai dengan kesulitan tidur nyenyak pada malam hari sesuai dengan hasil pengkajian dan tujuan intervensi penulis.

##### **2. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan pertama yang diangkat terhadap Tn.H adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis serta Diagnosa keperawatan ini diambil berdasarkan batasan karakteristik, tanda dan gejala yang dialami oleh pasien seperti pasien mengeluh nyeri pada abdomen bagian bawah, nyeri saat berkemih, gelisah, pasien tampak memegangi daerah yang nyeri. Diagnosa keperawatan kedua yang diangkat terhadap Tn.H adalah gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit di tandai dengan kesulitan tidur nyenyak pada malam hari. Diagnosa keperawatan ini diambil berdasarkan batasan

karakteristik, tanda dan gejala yang dialami oleh pasien seperti pasien mengeluh lelah, mengeluh kurang nyaman.

### 3. Intervensi keperawatan

Intervensi yang direncanakan pada diagnosa pertama adalah manajemen nyeri dengan fokus tindakan terapeutik memberikan terapi nonfarmakologis relaksasi nafas dalam serta diagnosa kedua intervensi yang direncanakan adalah terapi relaksasi dengan fokus tindakan memberikan aromaterapi lavender kepada pasien.

### 4. Impelemntasi keperawatan

Berdasarkan semua intervensi yang telah disusun oleh penulis, hampir semua intervensi dilakukan pada pasien. Implementasi manajemen nyeri dan latihan nafas dalam dan aromaterapi lavender dilakukan selama 3 hari. Pasien mengatakan nyaman saat menggunakan teknik aromaterapi lavender. Dapat disimpulkan teknik ini efektif dilakukan pada pasien Infeksi Saluran Kemih. Tentunya tergantung pada tingkat keparahan pada masing-masing pasien.

### 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan pada Tn.H pada hari pertama implementasi masalah belum teratasi karena pasien belum menunjukkan perubahan kemajuan kondisi yang signifikan. Pada hari kedua implementasi masalah sudah teratasi sebagian karena kondisi pasien mulai menunjukkan adanya perubahan yang baik. Pada hari ketiga implementasi masalah telah teratasi karena hampir sudah tidak ada keluhan yang dirasakan pasien

## **B. Saran**

### 1. Bagi Pasien dan Keluarga

Intervensi yang disusun penulis dalam karya tulis ilmiah ini bisa menjadi suatu pedoman yang dapat dimanfaatkan oleh pasien dan keluarga sehingga dapat mampu mengidentifikasi nyeri dan melakukan terapi napas dalam secara mandiri. Dan menggunakan terapi relaksasi aromaterapi lavender.

2. Bagi Perawat

Dapat dijadikan sebagai masukan bagi perawat dirumah sakit dalam melaksanakan asuhan keperawatan sehingga dapat meningkatkan mutu layanan rumah sakit yang lebih baik, khususnya pada pasien Infeksi Saluran Kemih (ISK) dengan masalah Gangguan Rasa Nyaman.

3. Bagi rumah sakit

Rumah sakit diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan dan fasilitas kesehatan secara optimal pada para tenaga medis dan juga pasien, sehingga diharapkan proses perawatan dapat berjalan dengan baik dan sesuai dengan standar operasional prosedur yang sudah ada.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai bahan acuan atau referensi dalam memberikan pendidikan kepada mahasiswa mengenai asuhan keperawatan pada pasien Infeksi Saluran Kemih dengan Gangguan Rasa Nyaman.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ayu. (2019). Studi Penggunaan Antibiotik Ciprofloxacin pada Pasien Infeksi Saluran Kemih. *Universitas Muhammadiyah Malang*, 6–23. [http://eprints.umm.ac.id/40038/3/BAB\\_2.pdf](http://eprints.umm.ac.id/40038/3/BAB_2.pdf)
- Ayu, G. (2020). Studi Kasus : Manajemen Nyeri Pada Klien Infeksi Saluran Kemih Di Ruang Anggrek Rumah Sakit Umum. *Jurnal Kesehatan Midwinerslion*, 5(1).
- Chartean, N. (2021). Pemenuhan Kebutuhan Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 dengan Senam Kaki. *Jurnal Keperawatan Profesional*, 2(2), 62–67. <https://doi.org/10.36590/kepo.v2i2.174>
- F, K. Ge. (2014). Anatomi fisiologi Sistim Perkemihan. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 1–53.
- Irpandi. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan Diagnosa Medik Infeksi Saluran Kemih Di Ruang Dahlia B Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan*. [http://repository.borneo.ac.id/index.php?p=show\\_detail&id=2918&keywords=](http://repository.borneo.ac.id/index.php?p=show_detail&id=2918&keywords=)
- Kirana, T. A. (2016). Jurnal ilmiah. *Jurnal Ilmiah*, 10(2), 1–13.
- Lestari. (2019). Analisis Kejadian Infeksi Saluran Kemih Berdasarkan Penyebab Pada Pasien Di Poliklinik Urologi Rsud Dr. M. Yunus Bengkulu. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu*, 7(1), 55–61. <https://doi.org/10.36085/jkmu.v7i1.346>
- Paspuel, A. (2021). *ASUHAN KEPERAWATAN TEORITIS PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN RASA NYAMAN TAHUN 2021*. 6.
- Syarofina, U. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada an. a Dengan Infeksi Saluran Kemih (Isk) Di Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul*. July, 1–23.
- Vikaningrum, M. (2020). Studi Dokumentasi Gangguan Eliminasi Urin Pada Pasien

an. “M” Dengan Hypospadias Type Coronal Post Chordectomy Dan Uretroplasty. *Akademi Keperawatan YKY*, 61–65. .

**L**

**A**

**M**

**P**

**I**

**R**

**A**

**N**

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama lengkap : Tria Anisa Kusumah  
Tempat/tanggal lahir : Bengkulu, 23-03-2001  
Agama : Islam  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Prumnas tanjung permai sukarami RT/RW:  
007/002, Kel/Desa: Sukarami, Kecamatan:  
Selebar

Nama orang tua  
Ayah : Heri Supardi  
Ibu : Rahmaini  
Alamat Email : [anisakusumahtria@gmail.com](mailto:anisakusumahtria@gmail.com)  
Judul Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan  
Rasa Nyaman Pada Pasien Infeksi Saluran  
Kemih Di RS Bhayangkara Bengkulu Tahun  
2022

Riwayat Pendidikan : 1. SD Negeri 66 Kota Bengkulu  
2. SMP Negeri 20 Kota Bengkulu  
3. SMA Negeri 4 Kota Bengkulu



Hari pertama 20 Juni 2022

<b>NO</b>	<b>Aspek Yang Diambil</b>	<b>Tn.H</b>
1	<b>Pemicu (P)</b>	Infeksi saluran kemih (ISK)
2	<b>Quality/Kualitas (Q)</b>	Nyeri yang dirasakan seperti ditekan dan panas
3	<b>Region/Tempat (R)</b>	Nyeri di abdomen bawah dan menjalar kepinggang
4	<b>Skala (S)</b>	Skala nyeri 5
5	<b>Time/Waktu (T)</b>	Hilang timbul



Gambar Skala Nyeri (NRS)

**Format Pengkajian *Sleep Quality Scale***  
**Hari pertama tanggal 20 Juni 2022**

No	Pertanyaan	Jarang (0/3)	Kadang-kadang (1)	Sering (2)	Hampir selalu (3)
1	Saya Sulit tidur ?				√
2	Saya tertidur lelap ?	√			
3	Saya bangun tidur lalu tidur lagi ?	√			
4	Saya mengalami kesulitan untuk kembali tidur setelah saya bangun di tengah malam?			√	
5	Saya mudah terbangun karena kebisingan ?			√	
6	Terus menerus bergerak sambil tidur ?			√	
7	saya tidak pernah kembali tidur setelah bangun saat tidur ?		√		
8	saya merasa segar setelah tidur ?	√			
9	saya merasa tidak segar setelah tidur ?			√	
10	kurang tidur membuatku sakit kepala?			√	
11	kurang tidur membuatku kesal ?			√	
12	Saya ingin tidur lebih banyak setelah bangun tidur ?		√		
13	jam tidur saya cukup ?	√			
14	kurang tidur membuatku kehilangan nafsu makan ?			√	
15	kurang tidur membuatku sulit berpikir ?			√	
16	saya merasa kuat setelah tidur ?		√		
17	kurang tidur membuat saya kehilangan minat pada pekerjaan atau orang lain ?			√	
18	Merasa lelah setelah tidur?		√		
19	kurang tidur menyebabkan saya membuat kesalahan di tempat kerja ?			√	
20	saya puas dengan tidur saya ?	√			
21	kurang tidur membuatku lebih mudah melupakan sesuatu ?			√	
22	kurang tidur membuat sulit berkonsentrasi			√	

	di tempat kerja ?				
23	kantuk mengganggu kehidupan sehari-hari saya. ?			√	
24	kurang tidur membuatku kehilangan keinginan dalam segala hal ?			√	
25	saya sulit bangun dari tempat tidur ?			√	
26	kurang tidur membuat saya mudah lelah di tempat kerja ?			√	
27	saya memiliki pikiran yang jernih setelah tidur ?		√		
28	kurang tidur membuat hidupku sakit ?				√
<b>Skor</b>		<b>58</b>			

***Keterangan :***

1. Jarang : 0 atau 1-3 kali sebulan.
2. Kadang-kadang : 1-2 kali seminggu
3. Sering 3-5 kali seminggu
4. Hampir selalu : 6-7 kali seminggu.
5. Skor ringan : 0-21
6. Skor sedang : 22-42
7. Skor berat : 43-64
8. Skor sangat berat : 64-84

## Pengkajian Nyeri Menggunakan NRS

Hari kedua 21 Juni 2022

NO	Aspek Yang Diambil	Tn.H
1	<b>Pemicu (P)</b>	Infeksi saluran kemih (ISK)
2	<b>Quality/Kualitas (Q)</b>	Nyeri yang dirasakan seperti ditekan dan terasa panas
3	<b>Region/Tempat (R)</b>	Nyeri pada abdomen bawah
4	<b>Skala (S)</b>	Skala nyeri 3
5	<b>Time/Waktu (T)</b>	Hilang Timbul



Gambar Skala Nyeri (NRS)

**Format Pengkajian *Sleep Quality Scale***  
**Hari kedua tanggal 2 maret 2022**

No	Pertanyaan	Jarang (0/3)	Kadang-kadang (1)	Sering (2)	Hampir selalu (3)
1	Saya Sulit tidur ?				√
2	Saya tertidur lelap ?	√			
3	Saya bangun tidur lalu tidur lagi ?	√			
4	Saya mengalami kesulitan untuk kembali tidur setelah saya bangun di tengah malam?			√	
5	Saya mudah terbangun karena kebisingan ?		√		
6	Terus menerus bergerak sambil tidur ?			√	
7	saya tidak pernah kembali tidur setelah bangun saat tidur ?		√		
8	saya merasa segar setelah tidur ?		√		
9	saya merasa tidak segar setelah tidur ?			√	
10	kurang tidur membuatku sakit kepala?			√	
11	kurang tidur membuatku kesal ?			√	
12	Saya ingin tidur lebih banyak setelah bangun tidur ?		√		
13	jam tidur saya cukup ?	√			
14	kurang tidur membuatku kehilangan nafsu makan ?			√	
15	kurang tidur membuatku sulit berpikir ?			√	
16	saya merasa kuat setelah tidur ?		√		
17	kurang tidur membuat saya kehilangan minat pada pekerjaan atau orang lain ?			√	
18	Merasa lelah setelah tidur?		√		
19	kurang tidur menyebabkan saya membuat kesalahan di tempat kerja ?			√	

20	saya puas dengan tidur saya ?	√			
21	kurang tidur membuatku lebih mudah melupakan sesuatu ?			√	
22	kurang tidur membuat sulit berkonsentrasi di tempat kerja ?		√		
23	kantuk mengganggu kehidupan sehari-hari saya. ?			√	
24	kurang tidur membuatku kehilangan keinginan dalam segala hal ?			√	
25	saya sulit bangun dari tempat tidur ?			√	
26	kurang tidur membuat saya mudah lelah di tempat kerja ?			√	
27	saya memiliki pikiran yang jernih setelah tidur ?		√		
28	kurang tidur membuat hidupku sakit ?				√
<b>Skor</b>		<b>54</b>			

**Keterangan :**

1. Jarang : 0 atau 1-3 kali sebulan.
2. Kadang-kadang : 1-2 kali seminggu
3. Sering 3-5 kali seminggu
4. Hampir selalu : 6-7 kali seminggu.
5. Skor ringan : 0-21
6. Skor sedang : 22-42
7. Skor berat : 43-64
8. Skor sangat berat : 64-84

## Pengkajian Nyeri Menggunakan NRS

Hari ketiga 22 Juni 2022

NO	Aspek Yang Diambil	Tn.H
1	<b>Pemicu (P)</b>	-
2	<b>Quality/Kualitas (Q)</b>	-
3	<b>Region/Tempat (R)</b>	-
4	<b>Skala (S)</b>	Skala nyeri 1
5	<b>Time/Waktu (T)</b>	-



Gambar Skala Nyeri (NRS)

**Format Pengkajian *Sleep Quality Scale***  
**Hari ketiga tanggal 22 Juni 2022**

No	Pertanyaan	Jarang (0/3)	Kadang-kadang (1)	Sering (2)	Hampir selalu (3)
1	Saya Sulit tidur ?			√	
2	Saya tertidur lelap ?	√			
3	Saya bangun tidur lalu tidur lagi ?	√			
4	Saya mengalami kesulitan untuk kembali tidur setelah saya bangun di tengah malam?			√	
5	Saya mudah terbangun karena kebisingan ?		√		
6	Terus menerus bergerak sambil tidur ?		√		
7	saya tidak pernah kembali tidur setelah bangun saat tidur ?			√	
8	saya merasa segar setelah tidur ?		√		
9	saya merasa tidak segar setelah tidur ?		√		
10	kurang tidur membuatku sakit kepala?			√	
11	kurang tidur membuatku kesal ?			√	
12	Saya ingin tidur lebih banyak setelah bangun tidur ?		√		
13	jam tidur saya cukup ?	√			
14	kurang tidur membuatku kehilangan nafsu makan ?		√		
15	kurang tidur membuatku sulit berpikir ?		√		
16	saya merasa kuat setelah tidur ?		√		
17	kurang tidur membuat saya kehilangan minat pada pekerjaan atau orang lain ?		√		
18	Merasa lelah setelah tidur?		√		
19	kurang tidur menyebabkan saya membuat kesalahan di tempat kerja ?			√	

20	saya puas dengan tidur saya ?		√		
21	kurang tidur membuatku lebih mudah melupakan sesuatu ?		√		
22	kurang tidur membuat sulit berkonsentrasi di tempat kerja ?		√		
23	kantuk mengganggu kehidupan sehari-hari saya. ?			√	
24	kurang tidur membuatku kehilangan keinginan dalam segala hal ?		√		
25	saya sulit bangun dari tempat tidur ?		√		
26	kurang tidur membuat saya mudah lelah di tempat kerja ?		√		
27	saya memiliki pikiran yang jernih setelah tidur ?		√		
28	kurang tidur membuat hidupku sakit ?			√	
<b>Skor</b>		<b>42</b>			

**Keterangan :**

1. Jarang : 0 atau 1-3 kali sebulan.
2. Kadang-kadang : 1-2 kali seminggu
3. Sering 3-5 kali seminggu
4. Hampir selalu : 6-7 kali seminggu.
5. Skor ringan : 0-21
6. Skor sedang : 22-42
7. Skor berat : 43-64
8. Skor sangat berat : 64-84

## Standar Oprasional Prosedur Aromaterapi Lavender

NO	Tahap Pemberian Aroma Terapi Lavender
<b>Pre Interaksi</b>	
1	Kaji adanya kebutuhan pada aromaterapi lavender
2	Identifikasi faktor atau kondisi yang dapat menyebabkan kontraindikasi
3	Siapkan alat dan bahan (Diffuser, Essensial Oil Lavender, Air bersih secukupnya)
<b>Tahap Orientasi</b>	
1	Beri salam dan panggil pasien dengan nama kesukaanya
2	Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada pasien
3	Atur posisi pasien nyaman mungkin
<b>Tahap Kerja</b>	
1	Buka tutup diffuser lalu isi dengan air secukupnya
2	Teteskan essensial oil lavender (jumlah sesuai kebutuhan), kemudian tutup kembali diffuser
3	Sambungkan kabel diffuser ke stop kontak, atur kecepatan diffuser
4	Anjurkan pasien untuk menghirup aromaterapi dan rileks
5	Untuk penggunaanya, 3-4 tetes essensial oil dalam 30-40 ml air (15-30 menit ) dengan jarak pemberian 50-100 cm dari pasien
<b>Terminasi</b>	
1	Jelaskan pada pasien bahwa terapi telah selesai
2	Kaji respon setelah dilakukan terapi
3	Rapikan alat

## SOP TERAPI RELAKSASI

Pengertian	Terapi relaksasi yaitu teknik relaksasi pernafasan dengan melibatkan kepercayaan sehingga dapat menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh dan meniadakan otot-otot lebih rileks menimbulkan rasa nyaman dan tenang (Yusliana, 2015 ; A, Haris., dkk, 2017).
Tujuan	Asupan O <sub>2</sub> dalam otak tercukupi menjadikan manusia dalam keadaan seimbang. Keadaan ini akan menimbulkan suasana rileks pada manusia, dan akan diteruskan ke hipotalamus untuk menghasilkan Corticotropin Relaxing Factor (CRF). CRF akan bekerja merangsang kelenjar dibawah otak untuk meningkatkan produksi Proopiomelanocortin (POMC) menjadikan produksi Enkephalin oleh medulla adrenal mengalami peningkatan
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalan diri kepada pasien dan menjelaskan tujuan tindakan</li><li>2. Atur posisi pasien se nyaman mungkin</li><li>3. Anjurkan klien untuk relaksasi semua otot secara dalam, mulai dari kaki dan relaksasi wajah</li><li>4. Nafas melalui hidung, hembuskan nafas, sambil mengucap istighfar, tenangkan pikiran. Nafas dalam hembuskan istighfar, nafas dalam hembuskan.....istighfar, bernafaslah dengan mudah dan alami...hembuskan sampai tercipta ketenangan dan rilek pada diri anda</li><li>4. Lakukan selama 15 menit, kegiatan minimal</li></ol>



# KEMENTERIAN KESEHATAN RI

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225

Telepon: (0736) 341212 Fax: (0736) 215141 215143

website: www.poltekkes-kemenkes-bengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



gangguan

07 Juni 2022

Nomor : : DM. 01.04/...../2022  
Lampiran : -  
Hal : : Izin Penelitian

Yang Terhormat,  
**Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bengkulu**  
di  
**Tempat**

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2021/2022, maka bersama ini kami mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data untuk penelitian kepada:

Nama : Tria Anisa Kusumah  
NIM : P05120219036  
Jurusan : Keperawatan  
Program Studi : Keperawatan Program Diploma Tiga  
No Handphone : 0895604718900  
Tempat Penelitian : Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu  
Waktu Penelitian : Juni - Juli  
Judul : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

an. Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu  
Wakil Direktur Bidang Akademik

  
Ns. Agung Riyadi, S.Kep, M.Kes  
NIP.196810071988031005

Tembusan disampaikan kepada:



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU**

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225  
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343  
website: www.poltekkes-kemenkes-bengkulu.ac.id, email poltekkes26bengkulu@gmail.com



Nomor : DM. 01.047.1949.72/2022  
Lampiran : -  
Hal : Pengambilan Kasus

Yang Terhormat,  
**Kepala Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu**  
di  
**Tempat**

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2021/2022, maka bersama ini kami mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan kasus kepada :

Nama : Tria Anisa Kusumah  
NIM : P05120219036  
Jurusan : Keperawatan  
Program Studi : Keperawatan Program Diploma Tiga  
No Handphone : 0895604718900  
Tempat Pengambilan Kasus : Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu  
Waktu Pengambilan Kasus : Juni – Juli Tahun 2022  
Judul : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

an. Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu  
Wakil Direktur Bidang Akademik

  
Ns. Agung Riyadi, S.Kep, M.Kes  
NIP. 196810071988031005

Tembusan disampaikan kepada :



KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA  
DAERAH BENGKULU  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA BENGKULU

Bengkulu, 16 Juni 2022

Nomor : B/ 61 /M/KES.22/2022/DIKLIT  
Klasifikasi : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Pemberian izin penelitian

Kepada,  
Yth. Direktur Poltekkes Kemenkes  
Bengkulu

di -

Tempat.

1. Rujukan:
  - a. Surat dari Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor: DM.01.04/1950/2/2022 tanggal 7 Juni 2022 tentang Izin Penelitian;
  - b. Surat dari Badan kesatuan Bangsa dan Politik Nomor: 070/848/B.Kesbangpol/2022 tanggal 14 Juni 2022 tentang Rekomendasi Penelitian.
2. Sehubungan dengan tersebut di atas, dengan ini diberitahukan kepada Bapak/Ibu bahwa diberikan izin penelitian kepada:
  - a. Nama : Tria Anisa Kusumah
  - b. NPM : P05120219036
  - c. Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Infeksi Saluran Kemih (ISK) di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu.
3. Demikian untuk menjadi maklum.

a.n KEPALA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA BENGKULU  
KEPALA SUBBAGIAN PEMBINAAN FUNGSI

RENI YUNITA, SKM

PENATA TK I NIP.198101312003122006



KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA  
DAERAH BENGKULU  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA BENGKULU

Bengkulu, 18 Juli 2022

Nomor : B/ 90/VII/KES.22/2022/DIKLIT  
Klasifikasi : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Pemberitahuan Selesai Penelitian

Kepada,  
Yth. Ketua KTI STIKES Sapta Bakti  
Bengkulu

di -

Tempat.

1. Rujukan surat dari Kepala Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Nomor: B/61/VI/KES.22/2022/DIKLIT tanggal 16 Juni 2022 tentang Pemberian izin penelitian.
2. Sehubungan dengan rujukan tersebut di atas, dengan ini diberitahukan kepada Bapak/Ibu bahwa yang bersangkutan a.n :
  - a. Nama : Tria Anisa Kusumah
  - b. NPM : P05120219036
  - c. Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Infeksi Saluran Kemih (ISK) di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu.
3. Berkaitan dengan butir satu dan dua di atas, telah melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu terhitung mulai tanggal 16 Juni 2022 sampai dengan 18 Juli 2022.
4. Demikian untuk menjadi maklum.

a.n KEPALA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA BENGKULU

KAUR DIKLIT

Ns. YOGA ARIANI MEILINA, S.Kep  
PENATA NIP.197905142005012007

### LEMBAR KONSUL PEMBIMBING KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

Nama : Tria Anisa Kusumah

Nim & prodi : P05120219036 & DIII Keperawatan

Pembimbing : Ns. Hendri Heryanto S.kep.,M.kep

Judul : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman pada Pasien Infeksi Saluran Kemih Di RS Bhayangkara Kota Bengkulu Tahun 2022

NO	HARI/ TANGGAL	POKOK BAHASAN	SARAN	PARAF
1.	Rabu, 29 Desember 2021	Mengajukan judul KTI	Penambahan judul baru	
2.	Jum;at, 7 Januari 2022	Konsul judul KTI	Acc Judul	
3.	Rabu, 16 Februari 2022	Konsul BAB I	Perbaikan penulisan kertas, penambahan data pasien dunia, Indonesia.	
4.	Kamis, 19 Mei 2022	Konsul BAB I	Latar belakang sesuai perbaikan tulisan paragraph, mencari jurnal pendukung.	
5.	Jum'at, 20 Mei 2022	Konsul BAB I	Acc bab I Lanjutkan bab II	

6.	Selasa, 31 Mei 2022	Konsul BAB II	Perbaiki tulisan paragraph mencari referensi terapi non farmakologi, lengkapi tujuan pelaksanaan sesuai topik.	9
7.	Selasa, 31 Mei 2022	Konsul BAB III	Acc bab III Lanjutkan penelitian	9
8.	Senin, 1 Juli 2022	Konsul BAB IV-V	Perbaiki pengkajian dan askep	9
9.	senin, 11 Juli 2022	Konsul BAB IV-V	Perbaiki spasi, kesimpulan, dan saran.	9
10.	Selasa, 12 Juli 2022	konsul BAB V	Perbaiki kesimpulan dan saran	9
11.	kamis 14 Juli 2022	Konsul BAB I-V	ACC SEMHAS	9

## DOKUMENTASI

