

## **BAB 4**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 HASIL**

##### **4.1.1 Gambaran Lokasi**

Dalam penelitian ini, lokasi penelitian berada di Rumah Sakit Siti Khodijah yang terletak di Jl. Pahlawan 260 Sepanjang Kota Sidoarjo dan Provinsi Jawa Timur. Rumah Sakit Siti Khodijah adalah rumah sakit swasta kelas B. Rumah sakit ini merupakan amal usaha persyarikatan Muhammadiyah cabang sepanjang yang didirikan pada tanggal 26 November 1967 sedangkan untuk Direktur rumah sakit saat ini adalah Dr. H. Muhammad Hamdan ,Sp.S(K).

**MOTTO** : Ikhlas dan Ihsan dalam pelayanan.

**VISI** : Terwujudnya Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang yang Unggul, Profesional, dan Paripurna

**MISI** : Menjadi rumah sakit yang unggul dalam kawasan regional Jawa Timur.

Pada klien pertama Pengkajian di laksanakan di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang pada tanggal 21-07-2016 jam 09.15 s/d 23-07-2016

Pada klien kedua pengkajian di laksanakan di Rumah Sakit Siti Khodijah sepanjang pada tanggal 26-07-2016 jam 16.00 s/d 28-07-2016.

## **4.1.2 Pengkajian**

### **1. Identitas klien**

An. J umur 8 tahun tanggal lahir 15-05-2008 berjenis kelamin perempuan, tanggal MRS 20-07-2016, alamat Randegansari RT 04/02 dengan diagnose medis Infeksi Saluran Kencing bagian bawah sumber informasi ibu klien.

Identitas orang tua

Nama ayah Tn. A nama ibu Ny. T pekerjaan ayah swasta pekerjaan ibu : ibu rumah tangga, beragama islam, suku / bangsa jawa Indonesia, alamat Randegansari RT 04/02.

Sedangkan klien kedua An. R Umur 4 tahun tanggal lahir 26-11-2011 berjenis kelamin perempuan, tanggal MRS 26-07-2016 Alamat Simoketawang RT 02 RW 01 dengan diagnose medis Infeksi Saluran Kencing bagian bawah sumber informasi orang tua.

Identitas orang tua

Nama ayah Tn. D nama ibu Ny. T pekerjaan ayah swasta pekerjaan ibu swasta beragama islam, suku / bangsa jawa Indonesia, alamat Simoketawang RT 02 RW 01.

### **2. Riwayat keperawatan**

Riwayat keperawatan sekarang

#### **a. Keluhan utama :**

Anak pertama An. J di dapatkan data ibu klien mengeluh anaknya panas selama 2 hari.

Sedangkan anak kedua An. R di dapatkan data ibu klien mengeluh panas sejak 4 hari yang lalu.

b. Riwayat penyakit saat ini :

Pada pengkajian riwayat penyakit saat ini pada klien pertama An. J di ruang Pav. Ismail di dapatkan hasil sebagai berikut. Riwayat penyakit saat ini ibu klien mengatakan anaknya suka bermain sepeda sebelumnya, klien panas sejak dua hari yang lalu dan mencret kemudian klien di bawa ke UGD Rumah Sakit Siti Khotijah pada tanggal 20-07-2016 jam 12.00 dengan suhu tubuh 39°C kemudian klien di sarankan untuk di opname di ruang Pav. Ismail dengan Diagnosa medis Infeksi Saluran Kemih.

Sedangkan pada klien kedua An. R di dapatkan hasil pengkajian riwayat penyakit saat ini sebagai berikut : ibu klien mengatakan anaknya sebelum sakit mandi di pemandian umum, anak panas mulai empat hari yang lalu , tenggorokan sakit, dan tidak mau makan kemudian klien di bawa ke UGD Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang pada tanggal 26-07-2016 jam 06.00 dengan suhu tubuh 40°C kemudian klien di sarankan untuk di opname di ruang Pav. Ismail dengan Diagnosa Medis Infeksi Saluran Kemih.

**3. Riwayat keperawatan / penyakit sebelumnya**

Riwayat kesehatan yang lalu :

Pada klien pertama An. J ibu klien mengatakan penyakit yang pernah di derita yaitu demam, batuk, pilek, dan cacingan tidak pernah melakukan operasi dan tidak mempunyai alergi.

Pada klien kedua An. R ibu klien mengatakan penyakit yang pernah di derita yaitu demam, batuk, pilek, tidak pernah melakukan operasi dan tidak mempunyai alergi.

Imunisasi :

Pada klien pertama An. J ibu klien mengatakan imunisasi lengkap BCG 1x, Polio 4x, DPT 3x, Campak 1x, Hepatitis 1x.

Sedangkan pada klien kedua An. R ibu klien mengatakan imunisasi lengkap BCG 1x, Polio 4x, DPT 3x, Campak 1x, Hepatitis 1x.

**a. Riwayat kesehatan keluarga :**

a. Penyakit yang pernah di derita oleh anggota keluarga :

Pada riwayat kesehatan keluarga di dapatkan data : pada klien pertama ibu klien mengatakan tidak ada keluarga klien yang menderita diabetes mellitus, hipertensi, HIV, TBC dan alergi.

Sedangkan pada klien kedua ibu klien mengatakan keluarga ada yang menderita hipertensi dan tidak ada yang menderita diabetes mellitus, HIV, TBC, dan alergi.

b. Lingkungan rumah dan komunitas :

Pada klien pertama An. J ibu klien mengatakan anak tinggal bersama orang tua, di rumah tinggal satu kamar, dengan jumlah 3 kamar, 2 kamar mandi dan WC, 1 dapur, 2 ruang tamu, tempat penerangan dan ventilasi cukup, tempat pembuangan sampah berjarak 1 m dari rumah, rumah dekat dengan jalan raya.

Sedangkan pada klien kedua An. R ibu klien mengatakan anak tinggal bersama orang tua, di rumah tinggal satu kamar, dengan jumlah 5 kamar, 1 dapur, 2 kamar mandi, 1 ruang tamu, tempat penerangan dan ventilasi cukup, lingkungan bersih, tempat pembuangan sampah di depan rumah, tinggal di perumahan.

c. Perilaku yang mempengaruhi :

Pada klien pertama An. J ibu klien mengatakan anak suka bermain sepeda di dekat rumahnya.

Pada klien kedua An. R ibu klien mengatakan anakx sebelumnya berenang di pemandian umum.

d. Persepsi keluarga terhadap penyakit anak :

Pada klien pertama An. J ibu klien mengatakan cemas akan penyakit anaknya dan tidak ingin anaknya sakit seperti ini lagi dan ingin cepat sembuh.

Pada klien kedua An. R ibu klien mengatakan cemas akan penyakit anaknya dan tidak ingin anaknya sakit seperti ini lagi dan ingin cepat sembuh.

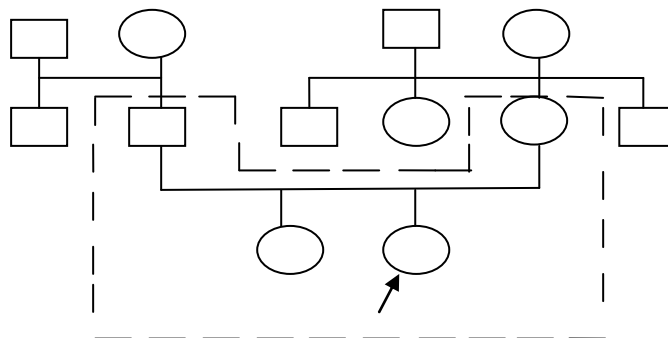
**b. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan**

Pada klien pertama An. J ibu klien mengatakan BB saat ini 20 kg tinggi badan 130 cm, LK 32 cm LD 31 cm, LLA 12 cm, BB lahir 3000 gr, BB sebelum sakit 20 kg, BB sebelum sakit : 20.

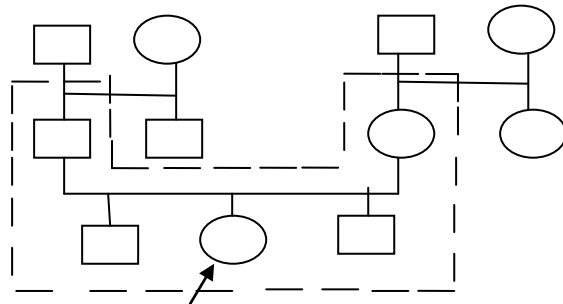
Pada klien kedua An. R ibu klien mengatakan BB saat ini 30 kg tinggi badan 100 cm, LK 32 cm LD 31 cm, LLA 12 cm, BB lahir 3,6 gr, BB sebelum sakit 30 kg. BB sebelum sakit :30 kg.

**c. Genogram :**

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :



Pada klien kedua An. R di dapatkan data :



Keterangan :

□ : laki-laki

○ : perempuan

↗ : klien

✕ : meninggal

----- : tinggal dalam 1 rumah

#### d. Riwayat antenatal

Pada klien pertama An. J ibu klien mengatakan selama kehamilan 3 bulan sekali ibu memeriksakan kehamilan ke bidan selama hamil, ibu tidak ada riwayat HT, ibu tidak mempunyai penyakit DM, tidak mengalami keputihan, gatal ataupun berbau, selama kehamilan nafsu makan ibu cukup banyak.

Pada klien kedua An. R ibu klien mengatakan selama kehamilan 2 bulan sekali ibu memeriksakan kehamilannya ke Rumah Sakit terdekat, ibu tidak ada riwayat HT, ibu tidak mengalami penyakit DM, tidak mengalami keputihan, gatal, berbau, selama kehamilan nafsu makan ibu cukup banyak,

**e. Riwayat intranatal :**

Pada klien pertama An. J ibu klien mengatakan ibu melahirkan di bidan terdekat dengan rumahnya, ibu mengatakan BB bayi lahir 3.000 gr dan melahirkan dengan normal.

Sedangkan pada klien kedua An. R ibu klien mengatakan ibu melahirkan di Rumah Sakit terdekat dengan rumahnya, ibu mengatakan BB bayi lahir 3.600 gr dan melahirkan dengan normal.

**f. Riwayat post natal**

Pada klien pertama An. J tidak ada masalah keperawatan.

Pada klien kedua An. R tidak ada masalah keperawatan.

**1) Pola Fungsi Kesehatan**

**a) Pola penatalaksanaan kesehatan / persepsi sehat**

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

SMRS : ibu klien mengatakan bila anaknya sakit selalu berobat ke dokter dan mandi 3x sehari.

MRS : ibu klien mengatakan anaknya mandi 2x sehari dengan di seka pagi dan sore, dan setiap ada keluhan selalu di tanyakan dengan dokter dan perawat yang jaga.

Sedangkan klien kedua An. R di dapatkan data :

SMRS : ibu klien mengatakan bila anaknya sakit selalu berobat ke dokter dan mandi 3x sehari.

MRS : ibu klien mengatakan anaknya mandi 2x sehari dengan di seka pagi dan sore, dan setiap ada keluhan selalu di tanyakan dengan dokter dan perawat yang jaga.

b) Pola nutrisi-metabolik

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

SMRS : ibu klien mengatakan anaknya makan 3x sehari dengan menu sayur, lauk, nasi, dan 1 porsi habis dan terkadang klien makan buah dan jajan.ibu klien mengatakan anaknya minum 6-8 gelas perhari $\pm$ 1.750 *ml*.  
BB : 20 kg.

MRS : ibu klien mengatakan klien makan 3x sehari, dapat diit dari Rumah Sakit nasi tiem habis setengah porsi. Klien minum 6-8 gelas perhari $\pm$ 1500 ml , mendapat terapi infuse 1000cc/24 jam 14 tpm. BB : 20 kg.

Pada klien kedua An. R didapatkan data :

SMRS : ibu klien mengatakan anaknya makan 3x sehari dengan menu sayur, lauk, nasi, dan 1 porsi habis dan terkadang klien makan buah dan jajan.ibu klien mengatakan anaknya minum 6-8 gelas perhari $\pm$ 2000 *ml*, susu bebelac 1 botol sebelum tidur. BB : 30 kg.

MRS : ibu klien mengatakan klien makan 3x sehari, dapat diit dari Rumah Sakit nasi tiem habis 1 porsi. Klien minum 6-8 gelas perhari $\pm$ 2000 *ml*, susu bebelac 1 botol sebelum tidur, mendapat terapi infuse 1000cc/24 jam 21 tpm. BB : 30 kg.

c) Pola eliminasi :

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

Eliminasi Alvi :

SMRS : ibu klien mengatakan anaknya BAB 1x, berbentuk cair, warna kuning, bau khas.



MRS : ibu klien mengatakan anaknya BAB 3x, berbentuk cair, warna kuning, bau khas.

Eliminasi Uri :

SMRS : Ibu klien mengatakan sering kencing hingga 10x tapi sedikit 1.500cc, bau khas, warna jernih.

MRS : Ibu klien mengatakan anaknya sering BAK 6x sehari 1.200cc, bau khas, warna jernih, tidak terpasang kateter.

Pada klien kedua An. R di dapatkan data :

Eliminasi Alvi :

SMRS : ibu klien mengatakan anaknya BAB 1x sehari, berbentuk padat, warna kuning, bau khas.

MRS : ibu klien mengatakan anaknya BAB 2x sehari, berbentuk padat, warna kuning, bau khas.

Eliminasi Uri :

SMRS : Ibu klien mengatakan anaknya sering kencing hingga 8x sehari 1.200cc, bau khas, warna jernih.

MRS : Ibu klien mengatakan anaknya sering BAK hingga 8x sehari 1.200cc, bau khas, warna jernih, tidak terpasang kateter.

d) Pola istirahat dan tidur

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

SMRS : ibu klien mengatakan di rumah tidur malam mulai jam 21.00-06.00, tidur siang mulai jam 13.00-14.00, tidur nyenyak.

MRS : ibu klien mengatakan tidur malam jam 21.00-06.00, klien sering terbangun untuk BAK dan badan klien panas suhu 39°C.

Pada klien kedua An. R di dapatkan data :

SMRS : ibu klien mengatakan di rumah tidur malam mulai jam 21.00-06.00, tidur siang mulai jam 13.00-14.00, tidur nyenyak.

MRS : ibu klien mengatakan tidur malam jam 21.00-06.00, klien sering terbangun untuk BAK dan badan klien panas suhu 40°C.

e) Pola aktifitas dan latihan

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

SMRS : ibu klien mengatakan anaknya aktif dalam melakukan kegiatan dengan normal, seperti bermain sepeda.

MRS : ibu klien mengatakan selama di rawat di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang anaknya selalu tidur di tempat tidur karena badan An. panas.

Pada klien kedua An. R di dapatkan data :

SMRS : ibu klien mengatakan anaknya aktif dalam melakukan kegiatan dengan normal, seperti berenang.

MRS : ibu klien mengatakan selama di rawat di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang anaknya selalu tidur di tempat tidur karena badan An. panas.

f) Pola kognitif-perseptual-keadekuatan alat sensori

Pada klien pertama An. J. di dapatkan data, Masa sekolah (umur 8 th) anak mulai menggunakan energinya untuk mulai aktivitas, intelektual dan fisik, dalam kegiatan ini kegiatan seksual tidak muncul, penggunaan koping dan mekanisme pertahanan diri muncul pada waktunya.

Pada klien kedua An. R di dapatkan data, Masa prasekolah (umur 4 th) anak lebih merasa nyaman pada organ genitalnya, selain itu masturbasi di mulai dan keingintahuan tentang seksual.

g) Pola persepsi dan konsep diri

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

Pola persepsi : Tidak bisa di kaji

Konsep diri : Tidak bisa di kaji

Pada klien kedua An. R di dapatkan data :

Pola persepsi : Tidak bisa di kaji

Konsep diri : Tidak bisa di kaji

h) Pola reproduksi seksual

Pada klien pertama An. J di dapatkan data, Klien berjenis kelamin perempuan berumur 8 th.

Pada klien kedua An. R di dapatkan data, Klien berjenis kelamin perempuan berumur 4 th dan belum menikah.

i) Pola hubungan peran

Pada klien pertama An. J di dapatkan data, Persepsi klien tentang pola hubungan : klien dekat dengan ibunya dan klien selalu di manja oleh ibu dan keluarga.

Persepsi klien tentang peran dan tanggung jawab : klien adalah seorang anak dan tanggung jawabnya sudah mulai terbentuk di sekolah seperti bisa membawa barangnya sendiri, memakai seragam sendiri.

Pada klien kedua An. R di dapatkan data, Persepsi klien tentang pola hubungan : klien dekat dengan ibunya dan klien selalu di manja oleh ibu dan keluarga.

Persepsi klien tentang peran dan tanggung jawab : klien adalah seorang anak dan tanggung jawabnya belum terbentuk seperti memakai baju di bantu, makan di suapi.

j) Mekanisme koping

Pada klien pertama An. J di dapatkan data, Kemampuan pengendalian stress : setiap ada masalah dengan anaknya ibu selalu bercerita dengan suaminya.

Sumber pendukung : klien di dukung penuh oleh keluarga agar cepat sembuh.

Pada klien kedua An. R di dapatkan data, Kemampuan pengendalian stress : setiap ada masalah dengan anaknya ibu selalu bercerita dengan suaminya.

Sumber pendukung : klien di dukung penuh oleh keluarga agar cepat sembuh.

k) Pola tata nilai dan kepercayaan :

Pada klien pertama An. J di dapatkan data, Klien beragama Islam mengikuti agama orang tuanya.

Pada klien kedua An. R di dapatkan data, Klien beragama Islam mengikuti agama orang tuanya.

## 2) Pemeriksaan fisik

Status kesehatan umum

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

Kesadaran : compos mentis

TTV: suhu : 39°C

TD : -

RR : 20 x/mnt

Nadi : 112 x/mnt

Pada klien kedua An. R didapatkan data :

Kesadaran : compos mentis

TTV: suhu : 40°C

TD : -

RR : 20 x/mnt

Nadi : 110 x/mnt

### Pemeriksaan Head To Toe

#### 1. Kepala dan leher

##### a. Kepala

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

Inspeksi : kepala klien berbentuk simetris, rambut lurus, panjang, bersih dan berwarna hitam.

Palpasi : tidak ada benjolan dan tidak ada bekas luka.

Pada klien kedua An. R di dapatkan data :

Inspeksi : kepala klien berbentuk simetris, rambut lurus, pendek, bersih dan berwarna hitam.

Palpasi : tidak ada benjolan dan tidak ada bekas luka.

b. Muka

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

Inspeksi : bentuk oval, simetris, tidak ada lesi, wajah tampak bersih, warna kulit kemerahan ketika panas.

Palpasi : akral teraba panas, tidak ada nyeri tekan.

Pada klien kedua An. R di dapatkan data :

Inspeksi : bentuk bulat, simetris, tidak ada lesi, wajah tampak bersih, warna kulit kemerahan ketika panas.

Palpasi : akral teraba panas, tidak ada nyeri tekan.

c. Mata

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

Inspeksi : sclera putih, konjungtiva merah muda, dan reflek terhadap cahaya.

Pada klien kedua An. R di dapatkan data :

Inspeksi : sclera putih, konjungtiva merah muda, dan reflek terhadap cahaya.

d. Telinga

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

Bentuk simetris, tidak ada serumen, pendengaran baik.

Pada klien kedua An. R di dapatkan data :

Bentuk simetris, tidak ada serumen, pendengaran baik.

e. Hidung :

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

Bentuk simetris, tidak ada polip, tidak ada secret.

Pada klien kedua An. R didapatkan data :

Bentuk simetris, tidak ada polip, tidak ada secret.

f. Mulut dan faring

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

Mulut : mukosa bibir kering, lidah bersih, tidak ada stomatitis, gigi depan berlubang.

Faring : tidak ada faringitis dan tonsillitis.

Pada klien kedua An. R didapatkan data :

Mulut : mukosa bibir kering, lidah bersih, tidak ada stomatitis, gigi depan berlubang.

Faring : tidak ada faringitis dan tonsillitis.

g. Leher

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

Tidak ada penyumbatan vena jugularis, tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada nyeri tekan, integritas kulit sama.

Pada klien kedua An. R di dapatkan data :

Tidak ada penyumbatan vena jugularis, tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada nyeri tekan, integritas kulit sama.

2. Thorak

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

a. Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada bekas luka, retraksi ada, pernafasan normal.

b. Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

- c. Perkusi : terdengar suara sonor.
- d. Auskultasi : tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.

Pada klien kedua An. R didapatkan data :

- a. Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada bekas luka, retraksi ada, pernafasan normal.
- b. Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.
- c. Perkusi : terdengar suara sonor.
- d. Auskultasi : tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.

### 3. Abdomen

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

- a. Inspeksi : Tidak ada lesi, bentuk simetris, tidak ada benjolan, umbilicus tidak ada benjolan.
- b. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.
- c. Perkusi : suara tympani.
- d. Auskultasi : bising usus normal, suara paristaltik usus juga normal tiap menitnya  $\pm 8x/mnt$ .

Pada klien kedua An. R didapatkan data :

- a. Inspeksi : Tidak ada lesi, bentuk simetris, tidak ada benjolan, umbilicus tidak ada benjolan.
- b. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.
- c. Perkusi : suara tympani.
- d. Auskultasi : bising usus normal, suara paristaltik usus juga normal tiap menitnya  $\pm 6x/mnt$ .



#### 4. Inguinal, genital dan anus

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

Inguinal

Inspeksi : tidak ada hernia, inguinal bersih.

Palpasi : tidak ada odem

Genital

Inspeksi : klien berjenis kelamin perempuan, genital normal, dan tidak menggunakan kateter.

Palpasi : genital tidak ada lesi.

Anus

Inspeksi : lubang anus bersih

Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada hemoroid.

Pada klien kedua An. R di dapatkan data :

Inguinal

Inspeksi : tidak ada hernia, inguinal bersih.

Palpasi : tidak ada odem

Genital

Inspeksi : klien berjenis kelamin perempuan, genital normal, dan tidak menggunakan kateter.

Palpasi : genital tidak ada lesi.

Anus

Inspeksi : lubang anus bersih

Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada hemoroid.

## 5. Integrumen

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

Akral panas, kulit berwarna sawo matang, tidak ada odem, turgor kulit baik.

Pada klien kedua An. R di dapatkan data :

Akral panas, kulit berwarna putih, tidak ada odem, turgor kulit baik.

## 6. Muskuluskeletal neurologis

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

Tidak ada nyeri sendi, ekstremitas atas dan bawah bisa di gerakkan, ekstremitas atas sebelah kiri terpasang infuse.

Pada klien kedua An. R di dapatkan data :

Tidak ada nyeri sendi, ekstremitas atas dan bawah bisa di gerakkan, ekstremitas atas sebelah kanan terpasang infuse.

## 7. Neurologis

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

Tidak ada gangguan pada system neurologis, keadaan : kompos mentis.

Pada klien ke dua An. R di dapatkan data :

Tidak ada gangguan pada system neurologis, keadaan : kompos mentis.

Reflex : fisiologis

Patologis

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

- a. Ekspresi afek dan emosi : diam, cemas, dan takut.
- b. Hubungan dengan keluarga : akrab.

- c. Dampak hospitalisasi bagi anak (masa sekolah umur 8 th) : perawatan di Rumah Sakit memaksa anak untuk berpisah dengan lingkungannya yang di cintainya, yaitu keluarga dan terutama pada kelompok sosialnya yang dapat menimbulkan kecemasan.
- d. Dampak hospitalisasi bagi orang tua : ibu klien merasa cemas dan takut akan penyakit anaknya.

Pada klien kedua An. R di dapatkan data :

- a. Ekspresi afek dan emosi : diam, cemas, dan takut.
- b. Hubungan dengan keluarga : akrab.
- c. Dampak hospitalisasi bagi anak (masa prasekolah umur 4 th) : perawatan di Rumah Sakit memaksa anak untuk berpisah dari lingkungan yang di rasakannya aman, penuh kasih sayang dan menyenangkan yaitu lingkungan rumah, permainan dan teman sepermainannya.
- d. Dampak hospitalisasi bagi orang tua : ibu klien merasa cemas dan takut akan penyakit anaknya

## Pemeriksaan Penunjang

### 1. Pemeriksaan laboratorium

Pada klien pertama di dapatkan data :

Nama : An. J

Umur : 8 tahun

Tanggal pemeriksaan: 20-07-2016

PARAMETERS		NILAI RUJUKAN
HGB	13.2	L 13.0 – 18.0 P 11.5 - 16.5
RBC	5.29	L 4.5 – 5.5 P 4.0 – 5.0
HCT	39.5	L 40.0 – 50.0 P 37.0 – 45.0
MCV	74.7-	82.0 - 92.0
MCH	25.0-	27.0 – 31.0
MCHC	33.4	32.0 – 37.0
RDW-SD	38.0	35 – 47
RDW-CT	14.3	11.5 - 14.5
WBC	3.14	4.0 – 11.0
EO%	0.3	0 – 1
BASO%	0.3	0 – 1
NEUT%	45.6	50 – 70
LYMPH%	39.5	20 – 40
MONO%	14.3+	2 – 8
EO#	0.01	
BASO#	0.01	
NEUT#	1.43-	
LYMPH#	1.24	
MONO#	0.45	
PLT	169	150 – 400
PDW	10.1	9.0 – 13.0
MPV	9.6	7.2 – 11.1
P-LCR	21.9	15.0 – 25.0
PCT	0.16-	0.150 -0.400

PARAMETER	HASIL	NILAI NORMAL
Jenis specimen	DARAH EDTA, SERUM	
DL (HEMA, ANALYZER) WIDAL (METH AGLUTINASI)		HASIL TERLAMPIR
Antigen O	NEG	NEG
Antigen H	NEG	NEG
Antigen Parathypi A	1/80	NEG
Antigen Parathypi B	NEG	NEG

Nama : An. J

Umur : 8 tahun

Tanggal pemeriksaan : 21-07-2016

PARAMETER	HASIL	NILAI NORMAL
JENIS SPECIMEN	URIN	
URIN LENGKAP (CARIK CELUP)		
Glukose	NEG	NEG
Bilirubin	NEG	NEG
Keton	NEG	NEG
BJ	1.015	1.003 – 1.030
Blood	TRACE	NEG
PH	5.0	4.6-8.0
Protein	NEG	NEG
Urobilinogen	3.2	< 16
Nitrit	NEG	NEG
<b>Lekosit</b>	<b>POS 2</b>	<b>NEG</b>
Sedimen :		
Eritrosit	2-3	0-1/PLP
<b>Lekosit</b>	<b>8-9</b>	<b>0-2/PLP</b>
Ephitel	7-8	0-2/PLP
Kristal	AMORPH +	NEG
Silinder	NEG	NEG
<b>Bakteri / jamur</b>	<b>BAKTERI +</b>	<b>NEG</b>
Lain-lain	NEG	NEG

Nama : An. J

Umur : 8 tahun

Tanggal pemeriksaan : 22-07-2016

PARAMETERS		NILAI RUJUKAN
HGB	13.5	L 13.0 – 18.0 P 11.5 - 16.5
RBC	5.41	L 4.5 – 5.5 P 4.0 – 5.0
HCT	40.3	L 40.0 – 50.0 P 37.0 – 45.0
MCV	74.5-	82.0 - 92.0
MCH	25.0-	27.0 – 31.0
MCHC	33.5	32.0 – 37.0
RDW-SD	38.3	35 – 47
RDW-CT	14.5	11.5 - 14.5
WBC	3.29	4.0 – 11.0
EO%	0.6	0 – 1
BASO%	0.3	0 – 1
NEUT%	19.1	50 – 70
LYMPH%	66.0	20 – 40
MONO%	14.0	2 – 8
EO#	0.02	
BASO#	0.01	
NEUT#	1.63	
LYMPH#	2.17	
MONO#	0.46	
PLT	130	150 – 400
PDW	11.8	9.0 – 13.0
MPV	10.6	7.2 – 11.1
P-LCR	29.3	15.0 – 25.0
PCT	0.14-	0.150 -0.400

Pada klien kedua di dapatkan data :

Nama : An. R

Umur : 4 tahun

Tanggal pemeriksaan: 26-07-2016

PARAMETERS		NILAI RUJUKAN
HGB	12.7	L 13.0 – 18.0 P 11.5 - 16.5
RBC	4.81	L 4.5 – 5.5 P 4.0 – 5.0
HCT	37.8	L 40.0 – 50.0 P 37.0 – 45.0
MCV	78.6-	82.0 - 92.0
MCH	26.4	27.0 – 31.0
MCHC	33.6	32.0 – 37.0
RDW-SD	40.6	35 – 47
RDW-CT	14.7	11.5 - 14.5
WBC	10.55	4.0 – 11.0
EO%	0.0	0 – 1
BASO%	0.8	0 – 1
NEUT%	56.2	50 – 70
LYMPH%	34.8	20 – 40
MONO%	8.2	2 – 8
EO#	0.00	
BASO#	0.08	
NEUT#	5.94	
LYMPH#	3.67	
MONO#	0.86	
PLT	397	150 – 400
PDW	8.7-	9.0 – 13.0
MPV	8.9-	7.2 – 11.1
P-LCR	15.8	15.0 – 25.0
PCT	0.35	0.150 -0.400

PARAMETER	HASIL	NILAI NORMAL
Jenis specimen	DARAH EDTA, SERUM	
DL (HEMA, ANALYZER) WIDAL (METH AGLUTINASI)		HASIL TERLAMPIR
Antigen O	1/160	NEG
Antigen H	1/80	NEG
Antigen Parathypi A	1/80	NEG

Antigen Parathypi B	1/80	NEG
---------------------	------	-----

PARAMETER	HASIL	NILAI NORMAL
JENIS SPECIMEN	URIN	
URIN LENGKAP (CARIK CELUP)		
Glukose	NEG	NEG
Bilirubin	POS 1	NEG
Keton	POS 4	NEG
BJ	1.030	1.003 – 1.030
Blood	NEG	NEG
PH	5.5	4.6-8.0
Protein	TRACE	NEG
Urobilinogen	3.2	< 16
Nitrit	NEG	NEG
<b>Lekosit</b>	<b>POS 2</b>	<b>NEG</b>
Sedimen :		
Eritrosit	2-3	0-1/PLP
<b>Lekosit</b>	<b>&gt;20</b>	<b>0-2/PLP</b>
Ephitel	2-3	0-2/PLP
Kristal	AMORPH +	NEG
Silinder	LECOSIT +	NEG
<b>Bakteri / jamur</b>	<b>BAKTERI +</b>	<b>NEG</b>
Lain-lain	NEG	NEG

## 2. Terapi

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

- a. Infuse RL 1000 cc : 14 tpm
- b. Injeksi ceftriaxon 2 x 500 mg
- c. Injeksi antrain 3 x 200 mg
- d. LBIO
- e. Injeksi Fordin2 x 20 mg
- f. Vastein syr 3 x 1



pada klien kedua An. R di dapatkan data :

- a. Infuse D5 ½ 1000 cc 20 tpm
- b. Injeksi antrain 3 x 250 mg
- c. Injeksi dexta 3 x 2 mg
- d. Injeksi ceftriaxon 2 x 500 mg

### 1. Analisa / Sintesa Data

Analisa data di lakukan pada tanggal 21 juli 2016 pukul 07.00 WIB. Pada An. J umur 8 tahun di ruang Pav. Ismail dengan no. register 337xxx, di temukan data focus sebagai berikut :

- a. Data subyektif :ibu klien mengeluh anaknya panas selama 2 hari dan mencret.
- b. Data obyektif :badan teraba panas, klien lemas, wajah kemerahan, kesadaran kompos mentis, konjungtiva merah muda, mukosa bibir kering, terdapat kompres di temporalis dan axila, suhu : 39°C , RR : 20 x/mnt, nadi : 110 x/mnt. Lekosit 8-9/PLP, Bakteri / jamur positif (+).
- c. Kemungkinan penyebab : proses infeksi.
- d. Masalah : hipertermi

Analisa data di lakukan pada tanggal 26 juli 2016 pukul 07.00 WIB. Pada An. R umur 4 tahun di ruang Pav. Ismail dengan no. register 337xxx, di temukan data focus sebagai berikut :

- a. Data subyektif :ibu klien mengeluh anaknya panas 4 hari yang lalu.
- b. Data obyektif : badan teraba panas, klien lemas, wajah kemerahan, kesadaran kompos mentis, konjungtiva merah muda, mukosa bibir kering, terdapat kompres di temporalis dan axila, suhu : 40°C , RR : 20 x/mnt, nadi : 120 x/mnt. Lekosit >20/PLP, Bakteri / jamur positif (+).

- c. Kemungkinan penyebab : proses infeksi.
- d. Masalah : hipertermi

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang terjadi pada An. J dan An. R adalah Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi di tandai dengan suhu tubuh meningkat.

## **3. Rencana Keperawatan**

Setelah diagnosa keperawatan disusun sesuai prioritas masalah maka penulis menyusun perencanaan yang di laksanakan tanggal 21 Juli 2016.

Pada klien pertama An. J akan di lakukan perencanaan keperawatan sebagai berikut :

Diagnosa keperawatan :Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi.

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan panas klien menurun.

Kriteria Hasil :

- 1) Suhu tubuh anak 36,3-37.7°C.
- 2) Nadi 80-90x/mnt dan RR 16-20x/mnt.
- 3) Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing.

Intervensi :

- 1) Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam.

Rasional : untuk mengetahui tingkat status perkembangan klien.

- 2) Pantau warna dan suhu kulit.

Rasional : mengetahui tanda dan gejala terjadinya infeksi.

- 3) Hitung intake dan output.

Rasional : keseimbangan antara intake dan output akan mengetahui masukan dan berhubungan dengan fungsi ginjal.

- 4) Berikan antipiretik.

Rasional : pemberian obat antibiotik untuk mencegah infeksi, pemberian obat antipiretik untuk penurun panas.

- 5) Berikan kompres pada temporalis dan axila.

Rasional : dengan kompres akan terjadi perpindahan panas secara konduksi dan kompres hangat akan mendilatasi pembuluh darah.

- 6) Anjurkan atau berikan minum sesering mungkin dengan kerja sama dengan keluarga.

Rasional : untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuh yang hilang.

- 7) Berikan Health Education kepada keluarga tentang peningkatan suhu tubuh.

Rasional : keluarga mengerti tentang akibat terjadinya peningkatan suhu tubuh.

- 8) Kolaborasi pemberian obat intravena.

Rasional : pemberian obat antibiotik untuk mencegah infeksi, pemberian obat antipiretik untuk penurun panas.

Pada klien kedua An. R akan di lakukan perencanaan keperawatan pada tanggal 26-07-2016 sebagai berikut :

Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi.

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan panas klien menurun.

Kriteria Hasil :

- 1) Suhu tubuh anak 36,3-37.7°C.
- 2) Nadi 80-90x/mnt dan RR 16-20x/mnt.
- 3) Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing.

Intervensi :

- 1) Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam.  
Rasional : untuk mengetahui tingkat status perkembangan pasien.
- 2) Pantau warna dan suhu kulit.  
Rasional : mengetahui tanda dan gejala terjadinya infeksi.
- 3) Hitung intake dan output.  
Rasional : keseimbangan antara intake dan output akan mengetahui masukan dan berhubungan dengan fungsi ginjal.
- 4) Berikan antipiretik.  
Rasional : pemberian obat antibiotik untuk mencegah infeksi, pemberian obat antipiretik untuk penurunan panas.
- 5) Berikan kompres pada lipat paha dan axila.  
Rasional : dengan kompres akan terjadi perpindahan panas secara konduksi dan kompres hangat akan mendilatasi pembuluh darah.
- 6) Anjurkan atau berikan minum sesering mungkin dengan kerja sama dengan keluarga.  
Rasional : untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuh yang hilang.
- 7) Berikan Health Education kepada keluarga tentang peningkatan suhu tubuh.  
Rasional : keluarga mengerti tentang akibat terjadinya peningkatan suhu tubuh.

8) Kolaborasi pemberian obat intravena.

Rasional : pemberian obat antibiotik untuk mencegah infeksi, pemberian obat antipiretik untuk penurun panas.

#### **4. Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

Pada klien pertama An. J di lakukan pelaksanaan keperawatan sebagai berikut :

Setelah rencana keperawatan disusun, selanjutnya penulis melaksanakan tindakan yang telah di tuliskan pada perencanaan. pelaksanaan di mulai :

#### **Tanggal 21 Juli 2016**

Diagnose Keperawatan : hipertermi berhubungan dengan proses infeksi.

Pelaksanaan :

1. (Jam 08.00 WIB) melakukan observasi tanda-tanda vital

Hasil : suhu 39°C, RR : 20x/mnt, Nadi : 110x/mnt.

Respon : keluarga dan klien kooperatif

2. (Jam 08.20 WIB) memberikan injeksi

Injeksi Antrain 3x200 mg

Injeksi fordin 2x20 mg

Vertein syr 3x1

Respon : klien kooperatif

3. (Jam 08.30 WIB) melakukan pengkajian warna dan suhu kulit

Hasil : warna kulit kemerahan dan teraba panas.

4. (Jam 09.30 WIB) memberikan kompres air biasa pada daerah axila dan temporalis.

Respon : klien mau di kompres pada daerah axila dan temporalis.

5. (Jam 10.00 WIB) kerja sama dengan keluarga untuk memberikan cukup minum (500-800cc/8 jam)  
Respon : keluarga dan klien kooperatif
6. (Jam 11.00WIB) : memberi health education kepada keluarga tentang pentingnya pemberian kompres sesering mungkin jika tubuh anak panas.  
Respon : keluarga mengerti.
7. (Jam 12.00 WIB) Mengganti cairan infuse RL 1000cc/24 jam.  
Hasil : klien kooperatif dan cairan menetes dan lancar.
8. (Jam 12.30 WIB) mengobservasi tanda-tanda vital  
Hasil : suhu : 38°C, RR : 20x/mnt, Nadi 115x/mnt.
9. (Jam 13.00 WIB) mengevaluasi intake dan output.  
Hasil : Intake 800 cc, Output : 1.300 cc.

**Tanggal : 22 Juli 2016**

1. (Jam 08.00 WIB) melakukan observasi tanda-tanda vital.  
Hasil : suhu : 37°C, RR : 20x/mnt, Nadi : 100x/mnt.
2. (Jam 08.20 WIB) Memberikan injeksi  
Injeksi ceftriaxon 2x500mg  
Injeksi fordin 2x20mg  
L-BIO  
Vestein syr 3x1  
Respon : klien kooperatif
3. (Jam 09.00 WIB) melakukan pengkajian warna dan suhu kulit.  
Hasil : warna kulit kemerahan dan teraba panas.
4. (Jam 09.40 WIB) memberikan kompres pada lipatan axila dan temporalis

Hasil : klien mau di kompres.

5. (Jam 11.00 WIB) membantu klien untuk makan diit rumah sakit.

Respon : klien mau makan ½ porsi, diit nasi tiem.

6. (Jam 12.00 WIB) mengganti cairan infuse RL 1000cc/24jam

Hasil : klien kooperatif dan cairan infuse menetes lancar.

7. (Jam 13.00 WIB) Mengevaluasi intake dan output.

Hasil : Intake 900cc, Output 1400 cc.

8. (Jam 14.00 WIB) Mengobservasi tanda-tanda vital.

Hasil : suhu : 36,8°C , RR : 20x/mnt, Nadi : 100x/mnt.

### **Tanggal : 23 Juli 2016**

1. (Jam 08.10 WIB) Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Hasil : suhu 36°C, RR : 20x/mnt, Nadi : 110x/mnt.

2. (Jam 08.20 WIB) Memberikan injeksi

Injeksi ceftriaxon 2x500mg

Fordin 2x20mg

Vestein syr 3x1

3. (Jam 11.00 WIB) ) membantu klien untuk makan diit rumah sakit.

Respon : klien mau makan ½ porsi.

4. (Jam 12.00 WIB) Mengganti cairan infuse RL 1000cc/24 jam.

Hasil : klien kooperatif dan cairan infuse menetes lancar.

5. (Jam 13.00 WIB) mengevaluasi intake dan output.

Hasil : intake 1100 cc , output 1700 cc.

6. (Jam 14.00 WIB) mengobservasi tanda-tanda vital

Hasil : suhu : 36,3°C, RR : 20x/mnt, Nadi : 100x/mnt.

Pada klien kedua An. R di lakukan pelaksanaan keperawatan sebagai berikut :

Setelah rencana keperawatan disusun, selanjutnya penulis melaksanakan tindakan yang telah di tuliskan pada perencanaan.pelaksanaan di mulai :

**Tanggal 26 Juli 2016**

Diagnose Keperawatan : Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi.

Pelaksanaan :

1. (Jam 08.00 WIB) melakukan observasi tanda-tanda vital  
Hasil : suhu 40°C, RR : 20x/mnt, Nadi : 120x/mnt.  
Respon : keluarga dan klien kooperatif
2. (Jam 08.20 WIB) memberikan injeksi  
Injeksi antrain 3x250x/mnt.  
Respon : klien kooperatif
3. (Jam 08.30 WIB) melakukan pengkajian warna dan suhu kulit  
Hasil : warna kulit kemerahan dan teraba panas.
4. (Jam 09.30 WIB) memberikan kompres air biasa pada daerah axila dan temporalis.  
Respon : klien mau di kompres pada daerah axila dan temporalis.
5. (Jam 10.00 WIB) kerja sama dengan keluarga untuk memberikan cukup minum (500-800cc/24jam)  
Respon : keluarga dan klien kooperatif
6. (Jam 11.00 WIB) : memberi health education kepada keluarga tentang pentingnya pemberian kompres sesering mungkin jika tubuh anak panas.  
Respon : keluarga mengerti.



7. (Jam 12.00 WIB) Mengganti cairan infuse RL 1000cc/24 jam.

Hasil : klien kooperatif dan cairan menetes dan lancar.

8. (Jam 12.30 WIB) mengobservasi tanda-tanda vital

Hasil : suhu : 39,6°C, RR : 20x/mnt, Nadi : 120x/mnt.

9. (Jam 13.00 WIB) mengevaluasi intake dan output.

Hasil : Intake 800 cc, Output : 1.300 cc.

### **Tanggal : 27 Juli 2016**

1. (Jam 08.00 WIB) melakukan observasi tanda-tanda vital.

Hasil : suhu 39,3°C , RR : 20x/mnt, Nadi : 110x/mnt.

2. (Jam 08.20 WIB) Memberikan injeksi

Injeksi antrain : 3x250 mg

Injeksi dexta 3x2 mg.

Injeksi ceftriaxon 2x500mg.

Respon : klien kooperatif

3. (Jam 09.00 WIB) melakukan pengkajian warna dan suhu kulit.

Hasil : warna kulit kemerahan dan teraba panas.

4. (Jam 09.40 WIB) memberikan kompres pada lipatan axila dan temporalis

Hasil : klien mau di kompres pada lipatan axila dan temporalis.

5. (Jam 11.00 WIB) membantu klien untuk makan di rumah sakit.

Respon : klien mau makan ½ porsi, diit nasi tiem.

6. (Jam 12.00 WIB) mengganti cairan infuse RL 1000cc/24jam

Hasil : klien kooperatif dan cairan infuse menetes lancar.

7. (Jam 13.00 WIB) Mengevaluasi intake dan output.

Hasil : Intake 900cc, Output 1400 cc.

8. (Jam 14.00 WIB) Mengobservasi tanda-tanda vital.

Hasil : suhu 40°C, RR : 20x/mnt, Nadi : 110x/mnt.

**Tanggal : 28 Juli 2016**

1. (Jam 08.10 WIB) Melakukan observasi tanda-tanda vital.

Hasil : suhu 36,5°C, RR : 20x/mnt, Nadi : 110x/mnt.

2. (Jam 08.20 WIB) Memberikan injeksi

Injeksi antrain 3x250mg

Injeksi dexta 3x2 mg

Injeksi ceftriaxon 2x500mg.

3. (Jam 11.00 WIB) membantu klien untuk makan di rumah sakit.

Respon : klien mau makan ½ porsi.

4. (Jam 12.00 WIB) Mengganti cairan infuse RL 1000cc/24 jam.

Hasil : klien kooperatif dan cairan infuse menetes lancar.

5. (Jam 13.00 WIB) mengevaluasi intake dan output.

Hasil : intake 1100 cc , output 1700 cc.

6. (Jam 14.00 WIB) mengobservasi tanda-tanda vital

Hasil : suhu 36,3°C, RR : 20x/mnt, Nadi : 20x/mnt.

**4.1 Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mana evaluasi dapat dikatakan berhasil bila tujuan dan criteria hasil tercapai. Untuk mengetahui berhasil tidaknya maka di perlukan catatan perkembangan sebagai berikut :

Diagnose keperawatan : Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi.

Pada klien pertama An. J di dapatkan data :

Catatan perkembangan tanggal :**21 Juli 2016**

S : ibu klien mengatakan badan anaknya panas dan kulit kemerahan.

O : S : 39°C

N : 112x/mnt

RR : 20x/mnt

Akral teraba panas, kulit kemerahan, mukosa bibir kering, Leukosit 8-9/PLP

A : masalah belum teratasi

P : rencana tindakan keperawatan di lanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal :**22 Juli 2016**

S : ibu klien mengatakan panas anaknya menurun.

O : S : 37,3°C

N : 110x/mnt

RR :20x/mnt

Akral teraba hangat, kulit kemerahan, mukosa bibir lembab.

A : masalah teratasi sebagian

P : rencana tindakan keperawatan di lanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal :**23 Juli 2016**

S : ibu klien mengatakan panas anaknya sudah mulai turun.

O : S : 36,2°C

N : 111x/mnt.

RR :20x/mnt

Akral teraba hangat, mukosa bibir lembab.

A : masalah teratasi

P : rencana tindakan keperawatan di hentikan.

Pada klien kedua An. R di dapatkan data :

Catatan perkembangan tanggal :**26 Juli 2016**

S : ibu klien mengatakan badan anaknya panas dan kulit kemerahan.

O : S :40°C

N : 110x/mnt.

RR : 20x/mnt.

Akral teraba panas, kulit kemerahan, mukosa bibir kering, Leukosit >20/PLP.

A : masalah belum teratasi

P : rencana tindakan keperawatan di lanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal :**27 Juli 2016**

S : ibu klien mengatakan anaknya masih panas.

O : S : 39°C

N : 115x/mnt.

RR :20x/mnt.

Akral teraba panas, kulit kemerahan, mukosa bibir lembab.

A : masalah teratasi sebagian

P : rencana tindakan keperawatan di lanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal :**28 Juli 2016**

S : ibu klien mengatakan panas anaknya sudah mulai turun.

O : S :37°C

N : 110x/mnt.

RR :20x/mnt.

Akral teraba hangat, mukosa bibir lembab.

A : masalah teratasi

P : rencana tindakan keperawatan di hentikan.

## **4.2 Pembahasan**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus selama memberikan asuhan keperawatan pada An. J dan An. R dengan Diagnosa Infeksi Saluran Kemih yang di rawat di ruang Pav. Ismail Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi.

Adapun perbandingan tersebut adalah sebagai berikut :

### **4.2.1 Pengkajian**

Pada saat penulis melakukan pengkajian untuk mengumpulkan data tidak ada hambatan apapun karena baik klien dan keluarga klien kooperatif dalam memberikan keterangan dan informasi tentang klien.

Di dalam tinjauan kasus pada saat pengkajian klien Infeksi Saluran Kemih yaitu pengkajian data pada An. J di dapatkan tanda dan gejala yaitu badan teraba panas 2 hari sebelum masuk rumah sakit, disuria, klien tampak lemas, kulit kemerahan, konjungtiva merah muda, mukosa bibir kering, 1 porsi makan tidak habis ( hanya 1/2 porsi ) , BB : 20 kg, bising usus normal  $\pm 8x/mnt$ , Lekosit 8-9/PLP , diit nasi tiem, S : 39°C, N : 110x/mnt, RR : 20x/mnt, tidak ada pembesaran pada abdomen, kedua kaki tidak bengkak, tidak terpasang kateter, diare.

Sedangkan pengkajian data pada An R di dapatkan tanda dan gejala yaitu badan teraba panas 4 hari sebelum masuk rumah sakit, disuria, klien tampak lemas, kulit kemerahan, konjungtiva merah muda, mukosa bibir kering, klien tidak mau makan, tenggorokan sakit, BB : 30 kg, bising usus normal  $\pm 6x/mnt$ , Lekosit  $>20/PLP$ , diit nasi tiem, S :  $40^{\circ}C$ , N :  $120x/mnt$ , RR :  $20x/mnt$ , tidak ada pembesaran pada abdomen, kedua kaki tidak bengkak, tidak terpasang kateter.

Sedangkan pada tinjauan pustaka di temukan adanya tanda dan gejala yang khas seperti klien tampak lemas, panas, tidak selera makan, diare, sering kencing, Lekosit 8-9/PLP, bakteri / jamur positif (+) (Nikmatur, 2014)

Menurut peneliti menyimpulkan tidak di temukan kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus, tanda dan gejala pada tinjauan pustaka semua muncul pada tinjauan kasus. Hanya perbandingan antara 2 klien Infeksi Saluran Kencing yaitu An. J dengan An. R. di temukan kesenjangan yaitu An. J mengalami diare karena makanan yang tidak bersih / kurang matang masuk ke dalam tubuh dan beberapa bakteri dapat menginfeksi usus dan bisa juga saat anak berbagi mainan dengan temannya. Sedangkan An. R tidak mengalami diare, adapun tanda dan gejala yang sama antara An. J dan An. R mengalami hipertermi dan sering kencing.

#### **4.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Perumusan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan keluhan yang terjadi pada klien. Dalam tinjauan pustaka diagnosa keperawatan yang muncul pada klien An. J dan An. R adalah Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi.

Menurut teori pada tinjauan pustaka diagnosa yang muncul pada kasus Infeksi Saluran Kencing adalah Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi (Nanda,2015)

Peneliti menyimpulkan diagnose keperawatan pada 2 klien tidak di temukan kesenjangan antara kasus dengan teori An. J dan An. R di temukan diagnose keperawatan yaitu hipertermi berhubungan dengan proses infeksi di tandai dengan suhu 40°C leukosit 8-9/ PLP, bakteri positif (+).

#### **4.2.3 Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk mengatasi masalah hipertermi pada kedua klien terdapat beberapa perbedaan karena menyesuaikan dengan keadaan 2 klien dan sarana yang ada di tempat keperawatan.

Dalam teori rencana keperawatan merupakan pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang telah di identifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Nikmatur,2012). Di dalam teori ada 6 perencanaan keperawatan yaitu observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, pantau warna dan suhu kulit, hitung intake dan output, berikan antipiretik, berikan kompres pada temporalis dan axila, kolaborasi pemberian obat intra vena (Nanda : 2015). Akan tetapi di rencana tindakan penulis menulis 8 tindakan keperawatan yang 2 sesuai dengan keadaan klien yaitu anjurkan atau berikan minum sesering mungkin dengan kerja sama dengan keluarga, berikan health education kepada keluarga tentang peningkatan suhu tubuh.

Dalam perencanaan keperawatan penulis menyimpulkan di temukan kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Dimana dalam fakta dan teori terdapat persamaan dan perbedaan dalam perencanaan keperawatan.

#### **4.2.4 Pelaksanaan Keperawatan**

Pada tahap ini tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan rencana yang telah dirumuskan dan tidak menyimpang dengan program medis. Pada tinjauan teori tidak dilakukan tindakan pelaksanaan karena tidak ada pasien. Karena tidak semua tindakan dalam perencanaan teori bisa dilakukan dalam pelaksanaan di lahan praktek.

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah di rencanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat serta bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang di dasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Nikmatur,2012). Berdasarkan teori pelaksanaan keperawatan harus disesuaikan dengan standart operasional prosedur (SOP) Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang dan dengan bantuan keluarga pasien. Pelaksanaan tindakan kepada pasien merupakan pengembangan dari teoritis yang dimodifikasi sesuai dengan kebiasaan tempat pelayanan. Dalam hal ini pelaksanaan tindakan pada kasus pertama An. J maupun kasus kedua An. R pada Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi mengikuti standart operasional prosedur (SOP) Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang yaitu mengobservasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, memantau warna dan suhu kulit, menghitung intake dan output, memberikan antipiretik, memberi kompres pada temporalis dan axila,



menganjurkan atau memberikan minum sesering mungkin dengan kerja sama dengan keluarga, memberikan health education kepada keluarga tentang peningkatan suhu tubuh, kolaborasi pemberian obat Intravena. Pelaksanaan yang tidak terlaksana pada tinjauan kasus pertama dan kedua tidak ada karena penulis melakukan sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan.

Berdasarkan hasil dan teori terdapat kesamaan dan perbedaan dalam melaksanakan tindakan keperawatan maka penulis berfokus kepada pengaruh tindakan non farmakologi yaitu memberi kompres pada temporalis axila dan memantau intake dan output klien. Dalam pelaksanaan keperawatan penulis tidak mengalami hambatan, dikarenakan klien dan keluarga kooperatif saat penulis melakukan tindakan keperawatan yang sesuai standart operasional prosedur rumah sakit tersebut.

#### **4.2.5 Evaluasi**

Pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada klien dan ibu klien yang di dokumentasikan dalam catatan perkembangan, Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari pada An. J dan An. R dapat di temukan oleh penulis adalah masalah teratasi.

Berdasarkan teori evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang di amati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan dan meneruskan rencana tindakan keperawatan (Nikmatur,2012) Adapun uraian evaluasi akhir 2 pasien *Infeksi Saluran Kemih* adalah pada klien pertama An. J selama 3x24 jam pada tanggal 24 Juni 2016 masalah teratasi dan intervensi

dihentikan dengan criteria badan teraba hangat, klien tampak segar, kongjungtiva merah muda, mukosa bibir lembab, 1 porsi makan habis, berat badan 20 kg, bising usus 8x kali/menit, S: 36<sup>0</sup>C, RR: 20 x/menit, N: 80 x/menit. Sedangkan pada klien kedua An. R selama 3x24 jam evaluasi akhir pada tanggal 28 Juni 2016 masalah teratasi dan intervensi dihentikan dengan kriteria badan teraba hangat, pasien tampak segar, kongjungtiva merah muda, mukosa bibir lembab, 1 porsi makan habis , BB : 30 kg, bising usus 6x kali/menit, diet nasi tim, S: 36<sup>0</sup>C, RR: 20 x/menit, N: 110 x/menit.

Menurut peneliti menyimpulkan tidak di temukan kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus, tanda dan gejala pada tinjauan pustaka semua muncul pada tinjauan kasus.