BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran secara nyata tentang pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan Infeksi Saluran Kemih yang menjalani perawatan di Paviliun Ismail kelas 2 Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang maka penulis mencoba melakukan dan menerapkan asuhan keperawatan yang dimulai pada tanggal 29 April 2015 sampai tanggal 01 Mei 2015 yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

3.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 29 April 2015 Jam 08.00 WIB di ruang rawat inap ismail rumah sakit Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo. No rekam medik 48.38.69.

3.1.1 Identitas Anak

Nama pasien Anak M, Tanggal lahir 08 Januari 2007, jenis kelamin laki-laki, tanggal masuk rumah sakit 27 April 2015, alamat sambung rejo II/04, dengan diagnosa medis infeksi saluran kemih, dan sumber informasi yang didapat dari pasien, status dan keluarga pasien.

3.1.2 Identitas Orang Tua

Nama : Ayah Tn. M, nama ibu : Ny.A, Pekerjaan Ayah/Ibu : Karyawan Perusahaan/Ibu Rumah Tangga, Pendidikan Ayah/Ibu : SMA/SMA, Agama : Islam, Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia, Alamat : Sambung Rejo II/04

3.1.3 Riwayat Keperawatan

1. Riwayat penyakit sekarang

   1) Keluahan utama : Panas

   2) Riwayat penyakit saat ini :

      Menurut keterangan Ibu, sejak tanggal 26 April 2015 anak badannya panas, Sering BAK, Mual dan tampak lesu disertai Nafsu makan menurun, oleh orang tua dibawa ke klinik dan disarankan untuk dirujuk ke rumah sakit siti khodijah sepanjang sidoarjo. Kemudian tanggal 27 April 2015 oleh orang tua dibawa ke Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo melalui IGD, di IGD suhunya 38,5ºC oleh dokter diberi terapi selanjutnya disarankan untuk opname.

2. Riwayat penyakit sebelumnya

   Ibu klien mengatakan bahwa anaknya sudah pernah di opname yaitu pernah sakit typoid.

3. Imunisasi

   Ibu klien mengatakan bahwa anaknya sudah mendapatkan imunisasi dasar lengkap di posyandu.

4. Riwayat penyakit keluarga

1) Penyakit yang pernah diderita keluarga

Ibu klien mengatakan bahwa keluarga tidak pernah menderita penyakit hipertensi, diabetes mellitus dan TBC serta pada keluarga tidak ada yang terkena penyakit Infeksi Saluran Kemih.

2) Lingkungan rumah dan komunitas

Ibu klien mengatakan rumahnya dalam keadaan bersih dengan ventilasi yang cukup.

3) Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Ibu klien mengatakan kebiasaan bapak klien merokok.

4) Persepsi keluarga tehadap penyakit anak

Ibu klien mengatakan tidak tahu tentang penyakit anaknya dan dikira penyakit anaknya sakit typoid.

5) Riwayat pertumbuhan dan perkembangan

a. Ibu klien mengatakan saat dibawa ke IGD RS. Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo berat badan An.M 24Kg, dan berat badan sebelum sakit 25Kg, pada saat lahir berat badan An.M 3500gram.

b. Tahap perkembangan psikososial : Anak berada dalam fase laten.

c. Tahap perkembangan psikoseksual : Anak berjenis kelamin laki-laki

d. Tahap perkembangan motorik

a) Motorik kasar : Ibu pasien mengatakan anak sudah aktif bermain.

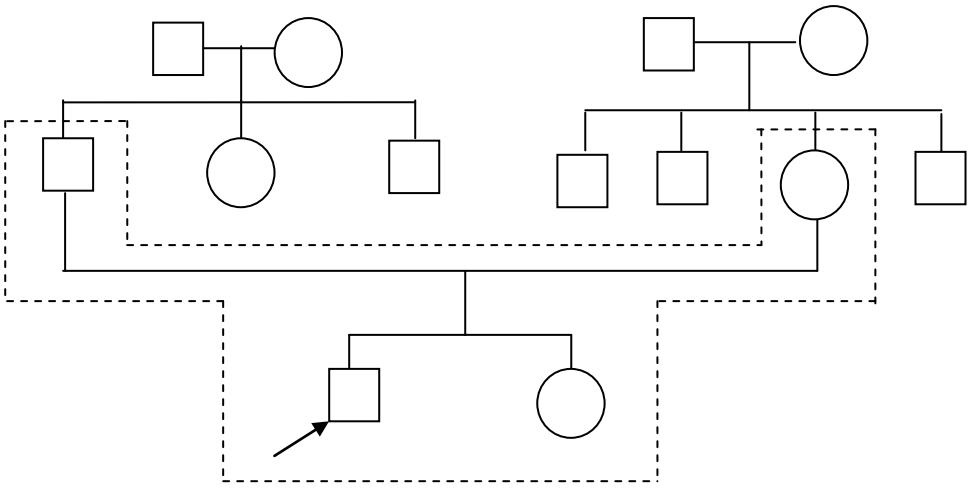
b) Motorik halus : Ibu pasien mengatakan anak sudah bisa bermain seperti bermain bola

e. Tahap perkembangan bahasa : Ibu pasien mengatakan anak sudah mampu menyusun kalimat dan menguasai banyak kosakata.

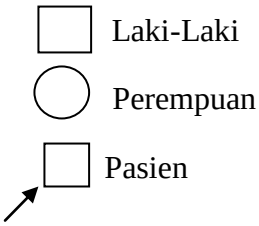
f. Tahap perkembangan sensoris : Ibu pasein mengatakan penglihatan / visual anaknya normal, sudah bisa membedakan bentuk misal orang tua dengan orang lain.\

g. Tahap perkembangan sosialisasi : Ibu pasien mengatakan anaknya malu, jika ada orang baru dan tidak dikenal.

5. Genogram



Keterangan :



Gambar 3.1 Genogram

6. Riwayat antenatal

Pada saat dalam kandungan, ibu klien sering memeriksakan kandungan nya kebidan. Ibu klien tidak pernah mengkonsumsi obat-obatan selain yang diperintahkan oleh bidannya. Dan tidak mengkonsumsi jamu-jamuan saat kehamilannya.

7. Riwayat intranatal

Klien lahir spontan (normal) dengan usia kehamilan 9 bulan 1 minggu, ditolong oleh bidan dengan berat badan 3500 gram tanpa kelainan fisik.

8. Riwayat post natal

Ibu klien rajin membawa klien ke bidan dan posyandu jika ada kelainan atau sakit. Klien mendapatkan ASI dan susu formula.

3.1.4 Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola persepsi dan tata laksana kesehatan

Ibu klien mengatakan jika ada salah satu anggota keluarga yang sakit, keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada seperti klinik, rumah sakit, dokter dan tim kesehatan lain. Keluarga juga mengatakan bah kebersihan dan kesehatan amatlah penting.

2. Pola nutrisi dan metabolisme

a. Sebelum masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan anaknya makan dua atau tiga kali sehari dengan porsi anak pada umumnya. Ibu klien mengatakan makanan kesukaan klien adalah sayur sop dan jarang mengkonsumsi buah.

b. Masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan nafsu makan menurun, makanan atau diit yang diberikan dari rumah sakit hanya dimakan 3 sendok. Suhu klien 38,5°C.

3. Pola aktifitas dan latihan

a. Sebelum masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan klien aktif dalam bermain.

b. Masuk Rumah Sakit:

Ibu klien mengatakan klien terbaring di tempat tidur ditunggu ibunya, klien terbaring lemah dan dikompres pada kepala.

4. Pola eliminasi

1) Eliminasi alvi :

a. Sebelum masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan buang air besar satu sampai dua kali sehari secara teratur dengan konstitensi lunak tidak ada gangguan.

b. Masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan buang air besar selama masuk rumah sakit tiga hari ini hanya satu kali dengan konsistensi lunak tidak ada gangguan.

2) Eliminasi urine :

a. Sebelum masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan buang air kecil 3 sampai 4 kali sehari secara teratur dengan keadaan warna kuning jernih dan bau khas.

b. Masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan buang air kecil 5 sampai 8 kali sehari dengan keadaan warna urine agak keruh dan bau khas.

5. Pola tidur dan istirahat

a. Sebelum masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan klien tidur 14 jam sehari (10 jam pada malam hari dan 4 jam pada siang hari). Kalau tidur ditemani ibunya sehingga segera bisa tidur.

b. Masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan klien tidak dapat tidur rewel nangis, badan teraba panas dan sering terbangun jika tidur dan bisa tidur kembali setelah di kompres.

6. Pola sensori dan kognitif

   a. Sensori : Indera pendengaran berfungsi dengan baik begitu juga dengan indera perasa dan pembauan. Indera penglihatan juga berfungsi dengan baik dan setelah masuk rumah sakit tidak ada gangguan fungsi hanya saja badannya teraba panas.

   b. Kognitif : Klien seorang anak berusia 8 tahun, orang tua pasien hanya tahu kalau anaknya sakit panas.

7. Pola hubungan dan peran

   a. Sebelum masuk Rumah Sakit :

      Ibu klien mengatakan hubungan klien dengan anggota keluarga lainnya baik-baik saja seperti halnya hubungan anak dengan orang tua.

   b. Masuk Rumah Sakit :

      Klien hanya berbicara dan ditemani bersama orantua nya.

8. Pola persepsi diri dan konsep diri

   Keluarga klien merasa takut dan cemas tentang penyakit yang dialami anaknya.

9. Pola reproduksi dan seksualitas

   Saat ini klien berumur 8 tahun dan berjenis kelamin laki-laki.

10. Pola penanggulangan stress

    Orang tua klien sebelum membawa anaknya ke RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo, orang tua pasien membawa anaknya ke klinik dan

orang tua klien mematuhi anjuran dokter dan petugas kesehatan lainnya. Keluarga juga sering berdoa kepada Tuhan Yang Maha Kuasa untuk kesembuhan anaknya.

11. Pola tata nilai dan kepercayaan

    Ibu pasien mengatakan pasien menganut agama islam.

3.1.5. Pemeriksaan Fisik

Status kesehatan umum dengan keadaan umum lemah. Kesadaran compos mentis, Tekanan Darah 110/80 mmHg, Suhu 38,5°C**,** RR 23 x/menit (18-22x/menit), Nadi 110x/menit (70-110x/menit), BB 24 Kg

1. Pemeriksaan Head To Toe

    a. Kepala dan leher

        Bentuk kepala oval, warna rambut hitam, tidak terdapat benjolan, pada leher tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan pembesaran vena jugularis, terdapat kompres pada kepala.

    b. Mata

        Warna konjungtiva tidak pucat, sklera tidak kuning, mata nampak merah serta mata pasien tidak juling.

    c. Hidung

        Pada hidung tidak terdapat sekret, bentuk hidung simetris, tidak terdapat pernafasan cuping hidung dan polip.

d. Mulut dan tenggorokan

Mukosa bibir kering tidak sianosis, tidak pecah-pecah, tidak terdapat stomatitis, tenggorokan tidak nyeri waktu menelan.

e. Telinga

Bentuk simetris, tidak ada cairan yang keluar, fungsi pendengaran telinga kanan dan kiri normal. Telinga dalam keadaan bersih.

f. Dada

Bentuk dada simetris, pergerakan otot pernafasan simetris, tidak terdengar suara tambahan (ronchi dan wheezing).

g. Abdomen

Bentuk abdomen simetris, supel ,tidak ada bekas jahitan pada abdomen, tidak terdapat nyeri tekan, frekuensi peristaltik usus 7x/menit.

h. Punggung

Punggung pasien teraba panas.

i. Genetalia

Kebersihan anus cukup, tidak ada haemoroid, tidak ada lecet dan kemerahan.

j. Muskoloskeletal

Pada kedua extremitas atas dan bawah tidak didapatkan odema.

3.1.6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium tanggal 27 April 2015

HGB	11,9	L: 13,0-18.0	[g/dL]
		P: 11,5-16,5	[g/dL]
RBC	5,34	L: 4,5-5,5	[10^6/uL]
		P: 4,0-5,0	[10^6/uL]
HCT	35,4	L: 40,0-50,0	[%]
		P: 37,0-45,0	[%]
WBC	7,98	4,0-11,0	[10^3/uL]

Urine Lengkap :

Glukose	:NEG	(NEG)
Bilirubin	:NEG	(NEG)
Keton	:2+	(NEG)
BJ	:1.030	(1.003-1.030)
Blood	:NEG	(NEG)
PH	:6,5	(4,6-8,0)
Protein	:TRACE	(NEG)
Urobilinogen	:3,2	<16
Nitrit	:NEG	(NEG)

Sedimen :

Eritrosit	:1-2	(0-1/PLP)
Lekosit	:5-6	(0-2/PLP)
Ephitel	:7-8	(0-2/PLP)

Terapi :

1. Infus RL 14 Tpm sebanyak 2 kolf
2. Inj Ranitidin 2x25 mg
3. Inj Antrain 3x250 mg
4. Inj Odr 3x2 mg
5. Inj Ceftriaxone 2x750 mg

3.1.7. Daftar Masalah Keperawatan

1. Hypertermi
2. Infeksi
3. Gangguan eliminasi urine

3.1.8. Analisa Data

Tanggal 29 April 2015

1. Data Subyektif : Ibu pasien mengatakan anaknya panas.

   Data Objektif : Keadaan umum pasien lemah, Kesadaran compos mentis, Tekanan Darah 110/70 mmHg, Suhu 38,5° C, Nadi 110x/menit, RR 23x/menit, Akral teraba panas, Terdapat kompres di dahi, Mukosa bibir kering, Lekosit 7.98 [10^3/uL]

Kemungkinan Penyebab : Proses infeksi

Masalah : Hypertermi

2. Data Subyektif : Ibu pasien mengatakan badan panas dan kemerahan

   Data Objektif : Keadaan umum lemah, Kesadaran compos mentis, Tekanan darah 110/70 mmHg, Suhu 38,5° C, Nadi 110x/menit, RR 23x/menit, Akral teraba panas, Kulit kemerahan, Hemoglobin 11,9 [g/dL]

   Kemungkinan Penyebab : Proses Infeksi

   Masalah : Inkontinensia urinarius fungsional.

3. Data Subyektif : Ibu pasien mengatakan anaknya sering berkemih.

   Data Objektif : Keadaan umum lemah, Kesadaran compos mentis, Tekanan darah 110/70 mmHg, Suhu 38,5°C, Nadi 110x/menit, RR 23x/menit, seringnya berkemih, Eritrosit 1-2, Lekosit 5-6, Ephitel 7-8

   Kemungkinan Penyebab : Obstruksi pada kandung kemih

   Masalah : Gangguan eliminasi urine

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Hypertermi berhubungan dengan proses infeksi
2. Infeksi berhubungan dengan inkontinensia urinarius fungsional
3. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan Obstruksi mekanik pada kandung kemih.

3.3 Rencana Keperawatan

Setelah diagnosa keperawatan disusun sesuai prioritas masalah maka penulis menyusun perencanaan yang dilaksanakan tanggal 29 April 2015.

1. Hypertermi berhubungan dengan proses infeksi

   Kriteria Hasil :

   1) Suhu tubuh dalam rentang normal
   2) Nadi dan RR dalam rentang normal
   3) Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing

   Intervensi :

   1. Ukur suhu setiap 4 jam

      Rasional : Peningkatan suhu tubuh melebihi 39°C dapat beresiko terjadinya kerusakan syaraf pusat karena akan meningkatkan neorotransmeter yang dapat meningkatkan ekstasi neuron.

   2. Pantau warna dan suhu kulit

      Rasional : Mengetahui tanda dan gejala terjadinya infeksi

   3. Observasi tanda-tanda vital

      Rasional : Untuk mengetahui tingkat status perkembangan pasien.

   4. Hitung intake dan output

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

5. Monitor IWL

   Rasional : Mengetahui jumlah cairan yang hilang

6. Berikan kompres air biasa pada lipat paha dan axila

   Rasional : Dengan kompres akan terjadi perpindahan panas secara konduksi dan kompres air biasa akan mendilatasi pembuluh darah

7. Anjurkan atau berikan minum sesering mungkin dengan kerjasama dengan keluarga.

   Rasional : Untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuh yang hilang.

8. Berikan Health education kepada keluarga tentang pentingnya pemberian kompres sesering mungkin.

   Rasional : Terciptanya derajat kesehatan dan pemahaman keluarga tentang kesehatan.

9. Kolaborasikan pemberian cairan dan terapi.

   Rasional : Pemberian cairan dan terapi akan meningkatkan kesembuhan pasien.

2. Infeksi berhubungan dengan inkotinensia urinarius fungsional.

   Kriteria Hasil :

   1) Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi
   2) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya nyeri.
   3) Jumlah leukosit dalam batas normal.

Intervensi :

1. Kaji suhu tubuh pasien setiap 4 jam.

   Rasional : Peningkatan suhu tubuh dapat beresiko terjadinya kerusakan syaraf pusat.

2. Catat karakteristik urine.

   Rasional : memberikan indicator langsung keseimbangan cairan.

3. Anjurkan pasien untuk minum 2-3 liter jika ada kontra indikasi

   Rasional : untuk mencegah statis urine.

4. Lakukan pemeriksaan ulang urine kultur

   Rasional : pemeriksaan urine kultur untuk melihat hasil keadaan urinnya.

5. Observasi tanda-tanda vital.

   Rasional : observasi tanda-tanda vital tujuannya untuk membantu tingkat perkembangan pasien.

2. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan obstruksi mekanik pada kandung kemih.

   Kriteria Hasil :

   1) Kandung kemih kosong secara penuh.
   2) Intake cairan dalam rentang normal.
   3) Balance cairan seimbang

Intervensi :

1. Lakukan Penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya output urine, dan masalah kencing)

   Rasional : memberikan indikator langsung keseimbangan cairan

2. Anjurkan pasien atau keluarga untuk merekam/mencatat output urine.

   Rasional : Mengetahui karakteristik urine

3. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih.

   Rasional : Kandung kemih yang penuh dapat mengakibatkan rasa nyeri pada klien serta menyebabkan terjadinya infeksi.

4. Pantau asupan dan keluaran.

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

3.4 Pelaksanaan Keperawatan

Setelah rencana keperawatan disusun, selanjutnya penulis melaksanakan tindakan yang telah dituliskan pada perencanaan. Pelakasanaan dimulai tanggal 29 April 2015.

Diagnosa I : Hypertermi berhubungan dengan proses infeksi

Tabel 3.1 Pelaksanaan tindakan keperawatan diagnosa 1

Tanggal	Waktu	Pelaksanan Keperawatan
29-04-15	08.00 WIB	Melakukan observasi tanda-tanda vital Hasil : : Suhu 38,5°C, RR= 23x/menit, Nadi = 110 x/menit.

	08.20 WIB	Memberikan injeksi Ranitidin 1x25 mg Memberikan injeksi Antrain 1x250 mg Memberikan injeksi ceftriaxone 1x750 mg Respon : pasien menangis saat dilakukan injeksi
	08.30 WIB	Melakukan pengkajian warna dan suhu kulit Hasil : warna kulit kemerahan dan teraba panas
	09.30 WIB	Memberikan kompres air biasa pada daerah axila dan temporalis. Respon : Pasien mau dikompres.
	10.00 WIB	Kerja sama dengan keluarga untuk memberikan cukup minum (500-800cc) Respon : keluarga dan Pasien kooperatif
	11.00 WIB	Memberikan Health education kepada keluarga tentang pentingnya pemberian kompres sesering mungkin. Respon : Keluarga mengerti.
	12.00 WIB	Mengganti cairan infuse RL 1000cc/24 jam Hasil : Pasien kooperatif dan cairan menetes dan lancar
	12.30 WIB	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD 100/70mmHg Suhu : 38,7° Nadi : 115x/menit RR: 27x/menit
	13.00 WIB	Mengevaluasi intake dan output Hasil : Intake : 800cc Output : 1300cc

30-04-15	08.00 WIB	Melakukan observasi tanda-tanda vital Hasil : TD 110/80mmHg Suhu : 38,4° Nadi : 112x/menit RR : 27x/menit
	08.20 WIB	Memberikan injeksi ranitidine 1x25 mg Memberikan injeksi antrain 1x250 mg Memberikan injeksi ceftriaxone 1x750 mg Respon : Pasien menangis saat dilakukan injeksi
	09.00 WIB	Melakukan pengkajian warna dan suhu kulit Hasil : warna kulit kemerahan dan teraba panas.
	09.40 WIB	Memberikan kompres pada lipatan axial dan temporalis Hasil : pasien mau dikompres
	11.00 WIB	Membantu pasien untuk sedikit makanan diit rumah sakit Respon : pasien mau makan dengan porsi sedikit yaitu 3 sendok makan.
	12.00 WIB	Mengganti cairan infus RL 1000cc/24 jam Hasil : Pasien Kooperatif dan cairan infuse menetes lancer
	13.00 WIB	Mengevaluasi intake dan output Hasil : intake 900cc output 1400cc
	14.00 WIB	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD 110/80mmHg Suhu: 37,8° Nadi : 114x/menit RR : 25x/menit
01-05-15	08.10 WIB	Melakukan observasi tanda-tanda vital Hasil : TD 100/80mmHg Suhu : 36,9 derajat celcius Nadi : 113x/menit RR : 26x/menit

	08.20 WIB	Memberikan injeksi ranitidine 1x25 mg Memberikan injeksi antrain 1x250 mg Memberikan injeksi ceftriaxone 1x750 mg Respon : Pasien menangis saat dilakukan injeksi
	09.10 WIB	Melakukan pengkajian warna dan suhu kulit Hasil : warna kulit kemerahan dan teraba panas.
	10.00 WIB	Memberikan kompres pada lipatan axial dan temporalis Hasil : pasien mau dikompres
	11.00 WIB	Membantu pasien untuk sedikit makanan diit rs Respon : pasien mau makan dengan porsi sedikit yaitu 5 sendok makan.
	12.00 WIB	Mengganti cairan infus RL 1000cc/24 jam Hasil : Pasien Kooperatif dan cairan infuse menetes lancer
	13.00 WIB	Mengevaluasi intake dan output Hasil : intake 1100cc output 1700cc
	14.00 WIB	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD 110/80mmHg Suhu: 37,0° Nadi : 110x/menit

Diagnosa II : Infeksi berhubungan dengan Inkontinensia urinarius fungsional

Tabel 3.2 Pelaksanaan tindakan diagnosa keperawatan 2

Tanggal	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan
29-04-15	08.00 WIB	Melakukan observasi tanda-tanda vital Hasil : : Suhu 38,5°C, RR= 23 x/menit, Nadi = 110 x/menit.
	08.10 WIB	Memantau tanda dan gejala terjadinya infeksi.

		Hasil : Kulit Kemerahan
	08.25 WIB	Memberikan injeksi Ranitidin 1x25 mg Memberikan injeksi Antrain 1x250 mg Memberikan injeksi ceftriaxone 1x750 mg Respon : pasien menangis saat dilakukan injeksi
	09.00 WIB	Memberikan HE tentang pola hidup yang sehat. Respon : Ibu klien mengerti
	10.00 WIB	Menjelaskan kepada Ibu klien tentang penyebab dan gejala dari infeksi saluran kemih. Respon : Ibu klien mengerti.
30-04-15	08.00 WIB	Melakukan observasi tanda-tanda vital Hasil : TD 110/80mmHg Suhu : 38,4° Nadi : 112x/menit RR : 27x/menit
	08.10 WIB	Membantu Menjelaskan kepada Ibu klien tentang patofisiologi penyakit klien. Hasil : Ibu klien sedikit mengerti tentang penyakit anaknya
	08.25 WIB	Mendiskusikan bersama kepada Ibu klien tentang faktor kebiasaan klien dirumah. Hasil : Ibu klien mengatakan klien sering bermain diluar rumah.
	09.00 WIB	Memberikan HE tentang pola hidup yang sehat. Respon : Ibu klien mengerti
	10.00 WIB	Menjelaskan kepada Ibu klien tentang penyebab dan gejala dari infeksi saluran kemih. Respon : Ibu klien mengerti.
01-05-15	08.10 WIB	Melakukan observasi tanda-tanda vital Hasil : TD 100/80mmHg Suhu : 36,9° Nadi : 113x/menit RR : 26x/menit
	08.20 WIB	Memberikan injeksi ranitidine 1x25 mg Memberikan injeksi antrain 1x250 mg

		Memberikan injeksi ceftriaxone 1x750 mg Respon : Pasien menangis saat dilakukan injeksi
	09.00 WIB	Memantau tanda dan gejala terjadinya infeksi. Hasil : Kulit Kemerahan
	10.00 WIB	Memberikan HE tentang pola hidup yang sehat. Respon : Ibu klien mengerti

Diagnosa III : Gangguan Eliminasi urine berhubungan dengan obstruksi mekanik pada kandung kemih.

Tabel 3.3 Pelaksanaan tindakan diagnosa keperawatan 3

Tanggal	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan
29-04-15	08.00 WIB	Melakukan observasi tanda-tanda vital Hasil : : Suhu 38,5°C, RR= 23 x/menit, Nadi = 110 x/menit.
	08.20 WIB	Memberikan injeksi Ranitidin 1x25 mg Memberikan injeksi Antrain 1x250 mg Memberikan injeksi ceftriaxone 1x750 mg Respon : pasien menangis saat dilakukan injeksi
	09.00 WIB	Melakukan penilaian urine yang komprehensif Hasil : Urine tampak keruh
	09.30 WIB	Mengajarkan orang tua dan pasien untuk pengosongan kandung kemih. Hasil : Orang tua mengerti
	11.00 WIB	Menganjurkan orang tua untuk mencatat output urine.
30-04-14	08.00 WIB	Melakukan observasi tanda-tanda vital Hasil : : TD : 110/80 mmHg Suhu 38,4°C, RR= 27x/menit, Nadi = 112 x/menit.

	08.20 WIB	Memberikan injeksi ranitidine 1x25 mg Memberikan injeksi antrain 1x250 mg Memberikan injeksi ceftriaxone 1x750 mg Respon : Pasien menangis saat dilakukan injeksi
	09.00 WIB	Melakukan penilaian urine yang komprehensif Hasil : Urine sedikit kuning
	09.30 WIB	Mengajarkan orang tua dan pasien untuk pengosongan kandung kemih. Hasil : Orang tua mengerti
	11.00 WIB	Menganjurkan orang tua untuk mencatat output urine.
01-05-15	08.00 WIB	Melakukan observasi tanda-tanda vital Hasil : TD 100/80mmHg Suhu : 36,9 derajat celcius Nadi : 113x/menit RR : 26x/menit
	08.20 WIB	Memberikan injeksi ranitidine 1x25 mg Memberikan injeksi antrain 1x250 mg Memberikan injeksi ceftriaxone 1x750 mg Respon : Pasien menangis saat dilakukan injeksi
	09.00 WIB	Melakukan penilaian urine yang komprehensif Hasil : Urine sedikit Jernih
	11.00 WIB	Menganjurkan orang tua untuk mencatat output urine.

3.5 Evaluasi Keperawatan

Penulis menguraikan evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan, berikut catatan perkembanganya.

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Perkembangan
29-04-15	Hypertermi berhubungan dengan proses infeksi.	**Subjektif** Ibu pasien mengatakan anak nya panas dan kulit kemerahan **Objektif :** - TD : 110/70mmHg - S : 38,5 derajat celcius - N : 110x/menit - RR : 23x/menit - Akral teraba panas - Kulit kemerahan - Mukosa bibir kering - Leukosit 7980 **Assesment** Masalah belum teratasi **Planning** Rencana tindakan keperawatan dilanjutkan
30-04-15		**Subjektif** Ibu pasien mengatakan anaknya masih panas. **Objektif** - TD 110/80mmHg - Suhu : 38,4 derajat celcius - Nadi : 112x/menit - RR : 27x/menit - Kulit kemerahan - Akral teraba panas - mukosa bibir lembab

		Asessment Masalah belum teratasi **Planning** Rencana keperawatan dilanjutkan
01-04-15		**Subjektif** Ibu pasien mengatakan panas anaknya sudah mulai turun. **Objektif** - TD 100/80mmHg - Suhu : 36,9 derajat celcius - Nadi : 113x/menit - RR : 26x/menit - Akral teraba hangat - mukosa bibir lembab **Asessment** Masalah teratasi sebagian **Planning** Rencana Keperawatan dipertahankan

Tanggal	**Diagnosa Keperawatan**	**Perkembangan**
29-04-15	infeksi berhubungan dengan inkontinensia urinarius fungsional	**Subjektif** Ibu pasien mengatakan anaknya kulit kemerahan **Objektif :** - TD : 110/70mmHg - S : 38,5 derajat celcius - N : 110x/menit - RR : 23x/menit - Kulit kemerahan - Hemoglobin 11,9 **Assesment** Masalah belum teratasi

		Planning Rencana tindakan dilanjutkan
30-04-15		**Subjektif** Ibu pasien mengatakan anaknya masih panas dan kulit masih kemerahan. **Objektif** - TD 110/80mmHg - Suhu : 38,4 derajat celcius - Nadi : 112x/menit - RR : 27x/menit - Kulit kemerahan - Akral teraba panas **Asessment** Masalah belum teratasi **Planning** Rencana keperawatan dilanjutkan
01-04-15		**Subjektif** Ibu pasien mengatakan panas anaknya sudah mulai turun dan tidak ada kemerahan. **Objektif** - TD 100/80mmHg - Suhu : 36,9 derajat celcius - Nadi : 113x/menit - RR : 26x/menit - Kemerahan di kulit mulai menghilang - Akral teraba hangat **Asessment** Masalah teratasi sebagian **Planning** Rencana Keperawatan dipertahankan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Perkembangan
29-04-15	Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan obstruksi mekanik pada kandung kemih	**Subjektif** Ibu pasien mengatakan anaknya sering berkemih **Objektif :** - TD : 110/70mmHg - S : 38,5 derajat celcius - N : 110x/menit - RR : 23x/menit - Kulit kemerahan Hasil urine : Eritrosit 1-2, Lekosit 5-6, Ephitel 7-8 - Warna urine sedikit keruh **Assesment** Masalah belum teratasi **Planning** Rencana tindakan dilanjutkan
30-04-15		**Subjektif** Ibu pasien mengatakan anaknya masih sering berkemih tidak seperti biasanya. **Objektif** - TD 110/80mmHg - Suhu : 38,4 derajat celcius - Nadi : 112x/menit - RR : 27x/menit - Warna urine sedikit kuning **Asessment** Masalah belum teratasi **Planning** Rencana keperawatan dilanjutkan
01-04-15		**Subjektif** Ibu pasien mengatakan frekuensi berkemihnya sudah mulai berkurang. **Objektif**

		- TD 100/80mmHg - Suhu : 36,9 derajat celcius - Nadi : 113x/menit - RR : 26x/menit - Warna urine sedikit kuning **Asessment** Masalah teratasi sebagian **Planning** Rencana Keperawatan dipertahankan