

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Medis**

##### **2.1.1 Defenisi Infeksi Saluran Kemih**

Infeksi Saluran Kemih didefinisikan sebagai adanya bakteri, jamur atau virus dalam jumlah yang signifikan dalam saluran kemih. Infeksi Saluran Kemih sering terjadi pada wanita dan sistitis (infeksi kandung kemih) merupakan penyebab utama pada infeksi ini (Ardhiles, 2019).

##### **2.1.2 Etiologi Infeksi Saluran Kemih**

Infeksi Saluran Kemih adalah suatu kondisi klinis yang disebabkan oleh adanya bakteri dalam jumlah yang sangat besar pada urin dan dapat menyebabkan kontaminasi pada saluran kemih. Infeksi Saluran Kemih terjadi saat bakteri masuk saluran kemih dan berkembang biak dalam urin. Infeksi Saluran Kemih dapat dibedakan jadi 2 yakni Infeksi Saluran Kemih uncomplicated & complicated. Infeksi Saluran Kemih sistitis adalah satu diantara jenis Infeksi Saluran Kemih uncomplicated yang menginfeksi kandung kemih. Bakteri *Escherichia coli* adalah penyebab 80% hingga 90% kasus Infeksi Saluran Kemih. *Staphylococcus saprophyticus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, dan *Enterococcus spp* adalah bakteri lain yang menyebabkan Infeksi Saluran Kemih (Dipiro *et al.*, 2020). Penyakit ini ditandai dengan gejala antara lain demam, nyeri sesudah buang air kecil (disuria), kerap buang air kecil, kadang-kadang

terasa panas saat berkemih, nyeri pinggang & suprapubik (Ikatan Ahli Urologi Indonesia, 2020).

### 2.1.3 Klasifikasi Infeksi Saluran Kemih

Menurut penelitian Ahyana, (2023), Infeksi Saluran Kemih diklasifikasikan berdasarkan letak anatomi dan kondisi klinis yaitu

:Berdasarkan letak anatomi meliputi infeksi pada saluran kemih bawah dan atas:

- a. Infeksi Saluran Kemih bawah terdiri dari *bacterial urethritis* (inflamasi uretra), *bacterial prostatitis* (inflamasi kelenjar prostat) dan *bacterial stitis* (inflamasi kandung kemih).
- b. Infeksi Saluran Kemih atas terbagi atas akut dan kronik pielonefritis (inflamasi ginjal dan pelvis ginjal), interstisial nefritis (inflamasi ginjal) dan abses ginjal. *Pielonefritis* akut biasanya terjadi akibat infeksi dari saluran kemih bawah ke ginjal dan *pielonefritis* kronis terjadi karena inflamasi pada jaringan parut di tubulus dan interstisial ginjal (Ahyana, 2023).

Berdasarkan kondisi klinis

- a. Infeksi Saluran Kemih tanpa komplikasi. terjadi pada kondisi saluran kemih yang normal dan biasanya hanya kandung kemih yang terinfeksi (Lewis *et al.*, 2014).
- b. Infeksi Saluran Kemih dengan komplikasi. biasanya terjadi disertai dengan obstruksi, batu dan kateter; diabetes atau penyakit neurologis atau perubahan yang disebabkan oleh kehamilan. Selain itu, infeksi yang berulang juga merupakan penyebab komplikasi. Pasien dengan

infeksi yang parah berisiko mengalami pielonefritis, urosepsis dan kerusakan ginjal (Lewis et al., 2014).

#### **2.1.4 Manifestasi Klinis Infeksi Saluran Kemih**

Beberapa manifestasi klinis Infeksi Saluran Kemih antara lain (Irpandi, 2020).

- a) Meskipun telah dicoba untuk berkemih, tidak ada air kemih yang keluar.
- b) Sering buang air kecil dan kesakitan saat buang air kecil, air seninya bisa berwarna putih, coklat atau kemerahan, dan baunya sangat menyengat.
- c) Warna air seni kental atau pekat seperti air teh, dengan darah kadang-kadang menjadi kemerahan.
- d) Nyeri pada pinggang.
- e) Demam atau menggigil, yang dapat menunjukkan bahwa infeksi telah mencapai ginjal, jika disertai dengan rasa sakit di sisi bawah belakang rusuk, muntah, atau mual.
- f) Peradangan kronis pada kandung kemih yang berlanjut dan tidak sembuh dapat menjadi pemicu terjadinya kanker kandung kemih.

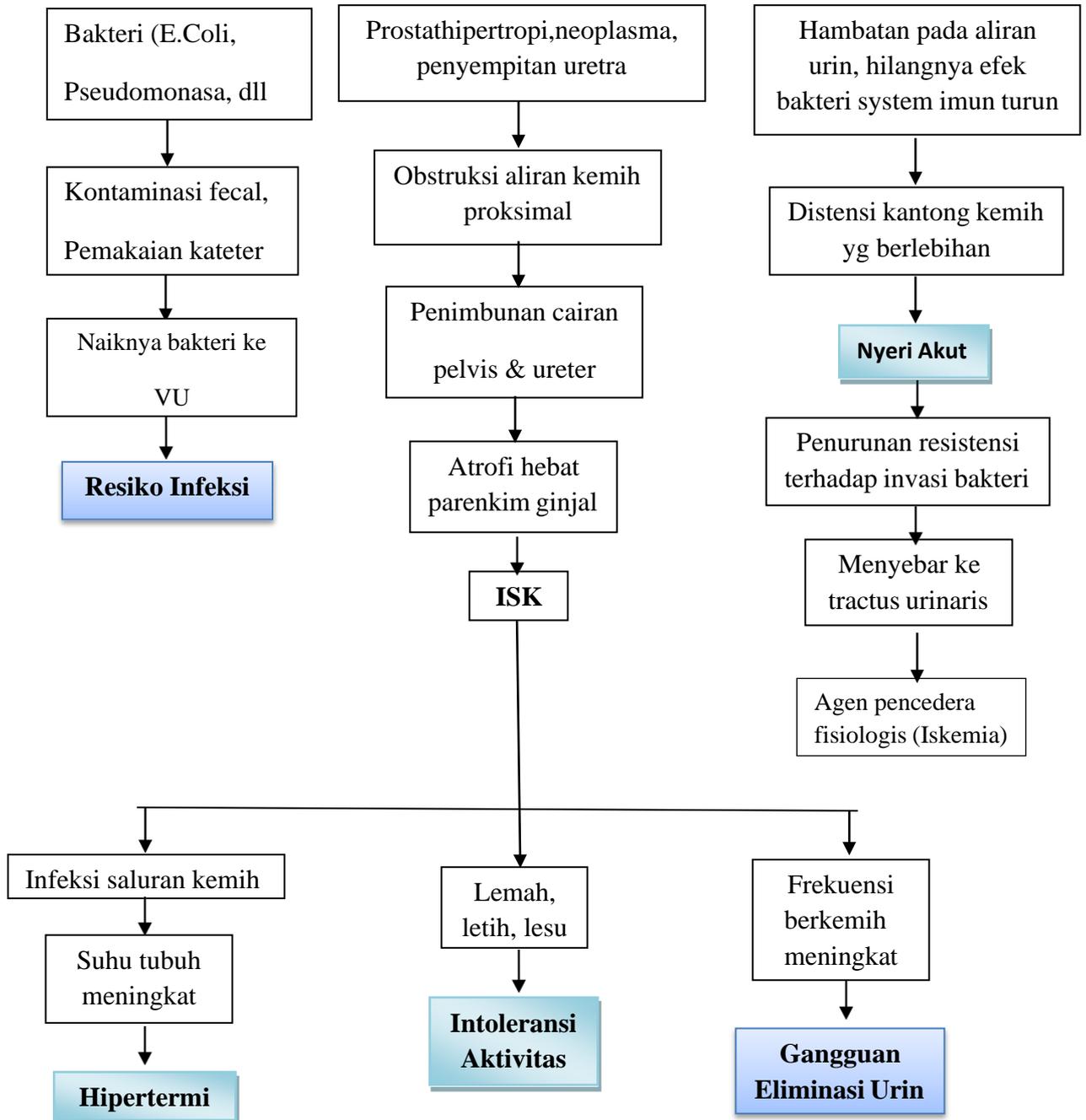
#### **2.1.5 Patofisiologi Infeksi Saluran Kemih**

Infeksi Saluran kemih terjadi akibat infeksi pada traktus urinarus yang disebabkan oleh masuknya mikroorganisme patogenik tanpa disertai tanda dan juga gejala. Mikroorganisme ini dapat masuk melalui penggunaan steroid jangka panjang, makanan yang terkontaminasi bakteri, anomali saluran kemih, usia lanjut, kebersihan yang tidak bersih dan hubungan

seksual yang tidak sehat, serta akibat dari cedera uretra. Infeksi saluran kemih ini dapat mengenai kandung kemih, prostat, uretra dan juga ginjal. Pada pasien dengan infeksi saluran kemih, umumnya retensi urin terjadi akibat obstruksi dan menyebabkan peningkatan tekanan di *vesika urinaria* serta penebalan dinding vesika, ketika hal ini terjadi maka menyebabkan menurunkan kontraksi vesika sehingga menahan urin pada kandung kemih. Urin yang tertahan pada kandung kemih dalam jangka waktu yang lama (lebih dari 12 jam) merupakan tempat yang baik bagi mikroorganisme ini untuk berkembang biak. Mikroorganisme patogen seperti *E. coli*, *Klasiella*, *prosteus*, *psudomonas* dan *enterobacter*.

Ketika bakteri telah berkembang, tubuh akan melakukan tindakan pertahanan dengan mendorong hipotalamus untuk mengaktifkan sistem pertahanan tubuh untuk memfagosit antigen, yang akan menyebabkan metabolisme dan timbul gejala demam: ketika sistem kekebalan kita tidak dapat fagosit antigen, bakteri sekunder masuk ke ureter, menyebabkan iritasi dan peradangan pada ureter. Ketika hal ini terjadi, pasien biasanya mengalami oliguria. Selain itu, peradangan meningkatkan dorongan kontrak siuretra dan menyebabkan nyeri karena depresi syaraf perifer. Menurut Medina (2019), respons pertahanan tubuh kita juga akan merangsang hipotalamus, yang menyebabkan gejala seperti demam dan nyeri di area yang terinfeksi.

### 2.1.6 Pathway



Gambar 2.1 Pathway (Medina, 2019).

### 2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Audric (2023), Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mendiagnosis Infeksi Saluran Kemih adalah urinalisis. kultur urine merupakan baku emas untuk diagnosis Infeksi Saluran Kemih.

#### 1. Tes Dipstik Urine

Tes dipstick urine merupakan pemeriksaan penunjang yang paling umum digunakan untuk mendiagnosis Infeksi Saluran Kemih, baik pada anak maupun pasien dewasa. Namun, hasil *dipstick urine* yang negatif tidak dapat sepenuhnya menghilangkan diagnosis infeksi saluran kemih. Sampel *midstream urine* direkomendasikan.

Bakteri atau sel darah putih biasanya ditemukan dalam urine orang yang menderita infeksi saluran kemih. pH urine yang antara 8,5 dan 9,0 biasanya menunjukkan organisme urea-splitting seperti *Klebsiella*, *Proteus* atau *Ureaplasma urealyticum*. Hasil pH basa biasanya menunjukkan batu ginjal, seperti *struvite* atau batu yang disebabkan oleh infeksi. Adanya nitrit pada urine mengindikasikan infeksi bakteri. Ini karena bakteri perlu mengubah nitrat dalam urine menjadi nitrit. Namun, pasien lebih baik menjalani pemeriksaan urine pada pagi hari setelah bangun tidur karena proses ini berlangsung selama enam jam.

Terdapatnya sel darah putih pada urin yang menunjukkan respons imun terhadap bakteri, dikenal sebagai leukosit *esterase*. Hematuria juga dapat ditemukan akibat adanya infeksi bakteri pada sel transisional kandung kemih.

## 2. Urinalisis Mikroskopik

Adanya eritrosit dan leukosit dalam urine dapat dilihat melalui pemeriksaan mikroskopik urine. *Urinalisis* mikroskopik dapat mendeteksi bakteri yang menyebabkan infeksi saluran kemih. Apabila ditemukan 5-10 leukosit per lapang pandang, maka hasil dianggap abnormal dan diagnosis Infeksi Saluran Kemih dapat dipikirkan jika terdapat gejala Infeksi Saluran Kemih. Pemeriksaan ini tidak diperlukan pada pasien sistitis simpleks dengan gejala tipikal. Pemeriksaan urinalisis mikroskopik dapat bermanfaat jika manifestasi klinis atipikal.

## 3. Kultur Urine dan Sensitivitas

Pemeriksaan kultur urine dan sensitivitas merupakan pemeriksaan yang paling spesifik dan sensitif sehingga menjadi pemeriksaan baku emas dalam diagnosis Infeksi Saluran Kemih. Pemeriksaan ini dapat membantu dalam menentukan antibiotik yang tepat dan membedakan infeksi rekurendarirelaps.

Pemeriksaan kultur urine umumnya hanya diperlukan pada pasien Infeksi Saluran Kemih complicated, seperti pasien dengan komorbid hasil kultur urine dengan pertumbuhan  $> 10$  colony forming units (CFU) menunjukkan diagnosis Infeksi Saluran Kemih.

## 4. CT Scan Abdomen atau Pelvis

Kebanyakan pasien Infeksi Saluran Kemih tidak memerlukan pemeriksaan pencitraan. Pemeriksaan CT scan abdomen atau pelvis dapat digunakan pada pasien yang menunjukkan gejala berat atau tidak membaik dengan terapi antibiotik adekuat. Pemeriksaan ini juga dapat

bermanfaat untuk menyingkirkan diagnosis abses perirenal atau renal pada pasien yang tidak respons terapi antimikroba setelah durasi > 7 hari.

## 5. Sitoskopi

Pemeriksaan sitoskopi digunakan untuk melihat langsung kandung kemih dan menyingkirkan diagnosis banding Infeksi Saluran Kemih lainnya, seperti tumor, batu kandung kemih, benda asing dan divertikulum.

### **2.1.8 Penatalaksanaan Infeksi Saluran Kemih**

Penatalaksanaan Infeksi Saluran Kemih melibatkan pemberian terapi antibiotik yang efektif terhadap bakteri penyebab, seperti *E. Coli*, *Klasiella*, *prosteus*, *psudomonas* dan *enterobacter*, contoh antibiotik yang digunakan termasuk

1. *Ciprofloxacin*
2. *Levofloxacin*
3. *Nitrofurantion*
4. *Fosfomicin trometamol*

Pemilihan terapi harus mempertimbangkan adanya komorbiditas, tingkat keparahan penyakit dan potensi resistensi obat. Pada Infeksi Saluran Kemih berat, pasien mungkin memerlukan rawat inap untuk pemberian cairan dan antibiotik intravena. Selain itu, untuk mencegah rekurensi, dapat dilakukan modifikasi perilaku, profilaksis antibiotik dosis rendah dan terapi hormon estrogen pada pasien menopause. Pasien juga disarankan untuk banyak minum air, menghindari minuman yang dapat

mengiritasi kandung kemih dan melakukan kompres hangat dan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri (Audric, 2023).

## **2.2 Konsep Masalah Keperawatan**

### **2.2.1 Defenisi Nyeri Akut**

Menurut IASP (International Association for the Study of Pain), nyeri didefinisikan sebagai pengalaman sensoris & emosional yang tidak nyaman, yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau nekrosis yang aktual atau potensial yang dideskripsikan oleh penderita semacam kerusakan tersebut(Sri, 2022).

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (2017) nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung hingga 3 bulan.

### **2.2.2 Penyebab Nyeri Akut**

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (2017) Penyebab terjadinya nyeri akut adalah sebagai berikut:

- 1) Agen cedera fisiologis (inflamasi, iskemia, *neoplasma*)
- 2) Agen cedera kimiawi (terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agencederafisik (abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, dan latihan berlebihan)

### 2.2.3 Tanda dan Gejala Nyeri Akut

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017) gejala dan tanda nyeri akut meliputi gejala dan tanda mayor serta gejala dan tanda minor, seperti yang dipaparkan pada tabel berikut :

Tabel 2.1 Gejala dan Tanda Mayor Nyeri akut

Subjektif	Objektif
Mengeluh Nyeri	Tampak meringis Bersikap protektif Gelisah Frekuensi nadi meningkat Sulit tidur

Tabel 2.2 Gejala dan Tanda Minor Nyeri akut

Subjektif	Objektif
Tidak tersedia	Tekanan darah meningkat Pola nafas berubah Nafsu makan berubah Proses berfikir terganggu Menarik diri Berfokus pada diri sendiri Diaforesis

### 2.2.4 Kondisi Klinis Terkait Nyeri Akut

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017) Kondisi klinis yang terkait yaitu :

1. Kondisi pembedahan
2. Cedera traumatis
3. Infeksi

4. Sindrom koroner akut
5. Glaukoma

### **2.2.5 Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri Akut**

Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi dan reaksi terhadap nyeri

Menurut Sri ( 2022),yaitu :

#### 1) Usia

Usia merupakan variable yang penting dalam mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri, Dalam hal ini anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang di rasakan dibandingkan orang dewasa, kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka.

#### 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

Dalam kaitannya dengan kualitas nyeri, nyeri yang dirasakan bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan.

#### 5) Ansietas (Kecemasan)

Kecemasan seringkali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Persepsi nyeri dapat diperburuk oleh ancaman yang tidakjelas pada awalnya dan ketidakmampuan untuk mengontrol nyeri atau kejadian di sekitarnya.

6) Kelelahan

Kelelahan dan kelelahan akan meningkatkan persepsi nyeri seseorang dan mengurangi kemampuan coping.

7) Pengalaman sebelumnya

Pengalaman sebelumnya juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri dan kepekaannya terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya.

8) Dukungan keluarga dan sosial

Orang yang mengalami kesulitan seringkali membutuhkan dukungan, bantuan dan perlindungan dari anggota keluarga dan orang terdekat. Meskipun klien masih merasakan nyeri, kehadiran orang terdekat akan mengurangi kesepian dan ketakutan mereka.

### **2.2.6 Klasifikasi Nyeri**

Nyeri yang di klasifikasikan berdasarkan sumber, jenis, waktu dan derajatnya Menurut Sri ( 2022).

1) Klasifikasi nyeri berdasarkan sumbernya::

- a) Nyeri somatik luar, perasaan tidak nyaman dengan rangsangan dari kulit, jaringan subkutan dan membran mukosa. Keluhan yang timbul seperti sensasi terbakar, tajam, dan dapat dilokalisasi

- b) Nyeri somatik dalam, didefinisikan sebagai nyeri tumpul atau *dullness* yang disebabkan oleh stimulus pada otot, jaringan ikat, sendi dan tulang sehingga tidak dapat dilokalisasi.
- c) Nyeri viseral, respon yang timbul akibat adanya rangsangan pada organ somatik yang menutupinya seperti pleura, parietalis, pericardium dan peritoneum.

2) Klisifikasi nyeri berdasarkan jenisnya:

- a) Nyeri *nosiseptif*, nyeri yang timbul akibat kerusakan jaringan somatik ataupun visceral. Tersekresi mediator inflamasi dari jaringan, sel kekebalan dan ujung saraf sensoris dan simpatik akan terjadi ketika nosiseptor distimulasi.
- b) Nyeri yang disebabkan oleh sistem saraf perifer, seperti kerusakan pada area di sekitar saraf perifer. Penderita biasanya akan mengalami sensasi ditusuk-tusuk yang disertai dengan rasa panas dan tidak mengenakan yang mengganggu fungsi perabaan.
- c) Nyeri *psikogenik*, nyeri yang berkaitan dengan adanya gangguan pada kejiwaan seseorang yang di representasikan dengan kasus depresi maupun kecemasan.

3) Klasifikasi nyeri berdasarkan waktu:

a. Nyeri akut

Keluhan yang tidak mengenakan berkaitan dengan kerusakan jaringan dengan durasi mendadak dengan intensitas nyeri ringan hingga berat dan telah dialami penderita  $\leq 3$  bulan (PPNI, 2017).

b. Nyeri kronis

Pengalaman nyeri berkaitan dengan kerusakan aktual maupun fungsional, yang terjadi secara lambat dengan identitas ringan hingga berat dan konstan yang telah dirasakan selama  $\geq 3$  bulan (PPNI, 2017).

- 4) Nyeri Berdasarkan berat ringannya
  - a. Nyeri ringan, dirasakan secara hilang timbul dan pada umumnya terjadi saat melakukan aktivitas sehari-hari
  - b. Nyeri sedang, timbul secara terus menerus dan menyebabkan terganggunya aktivitas dan dapat hilang saat penderita beristirahat.
  - c. Nyeri berat, dapat terjadi secara menerus sepanjang hari dan menyebabkan penderita tidak mampu beristirahat.

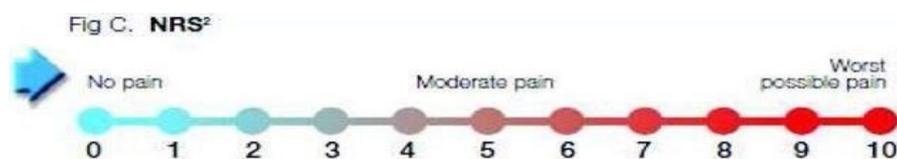
### **2.2.7 Skala Ukur Nyeri**

Menurut Sri(2022)Ada beberapa cara untuk membantu mengetahui akibat nyeri menggunakan skala assessment nyeri unidimensional (tunggal) atau multidimensi. Alat evaluasi nyeri multidimensional termasuk *Questionnaire Pain of McGill (MPQ)*, *The Brief Pain Inventory (BPI)*, *Memorial Pain Assessment Card* dan *Visual Analog Scale (VAS)*.Skala *unidimensional* lainnya termasuk *Wong Baker Pain RatingScale*, *Verbal Rating Scale (VRS)*, dan *Numeric Rating Scale (NRS)*.

Skala ukur nyeri yang penulis gunakan untuk menentukan intensitas nyeri pada klien adalah *Numeric rating scale (NRS)*. Karena skala pengukuran numerik adalah skala ukur yang paling umum digunakan dalam pengobatan. Bentuk NRS yang paling umum adalah garis horizontal dengan rentang numerik sebelas titik. Yang diberi label dari nol hingga sepuluh, dengan nol

sebagai contoh seseorang tanpa rasa sakit dan sepuluh sebagai rasa sakit yang paling parah. Skala jenis ini dapat diberikan secara lisan dan dapat dikelola melalui kertas untuk diselesaikan secara fisik (Sri, 2022).

*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 menunjukkan rasa sakit sedang, sedangkan angka 7-10 menunjukkan rasa sakit berat.



Sumber : Sri, 2022

**Gambar 2.2** *Numerical Rating Scale (NRS)*

Keterangan :

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

### 2.2.8 Pengkajian Nyeri

Tabel 2.3 Pengkajian Nyeri

Pengkajian	Deskripsi	Teknik Pengkajian, Prediksi Hasil, dan Implikasi Klinis
<i>P (Provoking incident)</i>	Pengkajian untuk menentukan faktor atau peristiwa yang mencetus 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 (Quality of pain)</i>	Pengkajian sifat keluhan seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan pasien	Dalam hal ini perlu dikaji kepada pasien apa maksud dari keluhannya, apakah keluhannya bersifat menusuk, tajam, atau tumpul.
<i>R (Regionreferred)</i>	Pengkajian untuk menentukan area atau lokasi keluhan nyeri	Region merupakan pengkajian lokasi nyeri dan harus ditunjukkan dengan tepat oleh pasien, pada kondisi klinis lokasi nyeri pada sistem muskuloskeletal dapat menjadi petunjuk area yang mengalami gangguan.
<i>S (Severity scale of pain)</i>	Pengkajian seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan	Pengkajian dengan menilai skala nyeri merupakan pengkajian yang paling

	pasien	penting dan pengkajian nyeri dengan pendekatan PQRST. Bisa dengan menggunakan skala analog verbal, numeric, ataupun skala wajah.
<i>T (time)</i>	Berapa lama nyeri berlangsung, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.	Sifat mula timbulnya (onset), menentukan apakah gejala muncul dengan cepat, perlahan-lahan, atau seketika itu juga, menanyakan alasan gejala muncul terus-menerus atau hilang, dan mengetahui berapa lama gejala bertahan.

## 2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Tahap sistematis dalam pengumpulan data tentang individu, keluarga, dan kelompok dikenal sebagai penelitian. Proses pengkajian anak dengan Infeksi Saluran Kemih menurut, Syarofina (2021) sebagai berikut:

#### 1. Identitas Pasien

Nama, umur, jenis kelamin, alamat, diagnosa medis dan tanggal masuk, serta tanggal pengkajian dan identitas penanggung jawab adalah informasi identitas pasien.

#### 2. Keluhan utama

Merupakan riwayat kesehatan klien saat ini dan keluhannya; jika klien mengalami infeksi saluran kemih bagian bawah, keluhan yang paling umum adalah rasa sakit atau panas di uretra sewaktu kencing dengan air kemih sedikit- sedikit serta rasa sakit tidak enak di suprapubik dan biasanya jika klien mengalami Infeksi Saluran Kemih bagian atas keluhan klien biasanya sakit kepala, malaise, mual, muntah, demam, menggigil, rasa tidak enak, atau nyeri pinggang.

### 3. Riwayat kesehatan

- a) Riwayat kesehatan sekarang. Merupakan riwayat kesehatan klien saat ini yang meliputi keluhan pasien, biasanya jika klien mengalami Infeksi Saluran Kemih 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 Infeksi Saluran Kemih bagian atas keluhan klien biasanya sakit kepala, malaise, mual, muntah, demam, menggigil, rasa tidak enak atau nyeri pinggang.
- b) Riwayat kesehatan dahulu. Pada pengkajian biasanya di temukan kemungkinan penyebab Infeksi Saluran Kemih dan memberi petunjuk berapa lama infeksi sudah di alami klien.
- c) Riwayat kesehatan keluarga. Merupakan riwayat kesehatan keluarga yang biasanya dapat memperburuk keadaan klien karena gen yang membawa penyakit turunan seperti diabetes mellitus dan hipertensi. Infeksi saluran kemih bukanlah penyakit keturunan karena penyakit ini lebih disebabkan oleh gaya hidup, perawatan kebersihan dan anatomi reproduksi. Namun, jika ada penyakit keturunan yang dicurigai, penyakit ini dapat memperburuk. atau memperparah keadan klien.
- d) Riwayat psikososial. Kecemasan, penurunan mekanisme koping dan kurangnya interaksi dengan orang lain adalah

semua tanda penyakit. Ketidaknyamanan atau nyeri hebat, menghalangi interaksi sosial.

e) Asesmen nyeri. Pengkajian nyeri dilakukan dengan cara

PQRST:

P (pemicu) adalah faktor yang mempengaruhi apakah nyeri gawat atau ringan.

Q (kualitas) adalah faktor yang mempengaruhi jenis nyeri, apakah itu tajam, tumpul, atau tersayat. R (region) yaitu daerah perjalanan nyeri.

S (Severty) adalah keparahan atau intensitas nyeri, dan

T (Time) adalah waktu atau durasi serangan

f) 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.

1) Pola kebiasaan

a) Nutrisi

Mual dan muntah mengurangi frekuensi makan dan minum.

Nafsu makan anak bagaimana sebelum dan sesudah sakit.

Apakah terdapat nafsu makan menurun. Apa jenis minuman

yang dikonsumsi selama satu hari, berapa banyak cairan yang

dibutuhkan, dan berapa kali Anda minum?

b) Cairan

Ada keluhan tentang buang air besar atau tidak, adakah

dysuria saat buang air besar dan apakah frekuensi miksi

meningkat atau berkurang? 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. Lihat bau urine pasien, warna, kekhasan, karakteristik dan 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) Aktivitas atau mobilitas fisik

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

### **2.3.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan (SDKI, 2018). Dalam penelitian ini diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan dengan Infeksi Saluran Kemih yang disadur dalam SDKI (2018) adalah:

- 1) Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis (D.0077)
- 2) Hipertermi b.d Proses penyakit infeksi (D.0130)
- 3) Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)

- 4) Resiko Infeksi (D.01420)
- 5) Gangguan Eliminasi Urine b.d disfungsi eliminasi urine (D.0040)

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*output*) yang diharapkan. Komponen dari intervensi keperawatan yaitu label, definisi dan tindakan (observasi, terapeutik, edukasi, kolaborasi) SIKI (2018)

Intervensi dan luaran pada Klien Infeksi Saluran Kemih dengan masalah keperawatan Nyeri Akut berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia(SIKI,2018)dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2019) adalah sebagai berikut:

NO	DIAGNOSA	TUJUAN & KH	INTERVENSI
1.	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria Hasil (L.08066): 1) Keluhan nyeri menurun (5) 2) Meringis Menurun (5) 3) Sikap protektif	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan

		menurun (5)	memperingan nyeri
		4) Gelisah menurun (5)	5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
		5) Kesulitan tidur menurun (5)	6) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
		6) Menarik diri menurun (5)	7) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
		7) Perasaan depresi (tertekan) menurun (5)	8) Monitor efek samping penggunaan analgetik
		8) Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5)	Terapeutik
		9) Anoreksia menurun (5)	1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Terapi relaksasi nafas dalam)
		10) Perineum terasa tertekan menurun (5)	2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
		11) Uterus terasa membulat menurun (5)	3) Fasilitas istirahat dan tidur
		12) Mual & muntah menurun (5)	Edukasi
			1) Jelaskan strategi meredakan nyeri
			2) Anjurkan memonitor

			<p>nyeri secara mandiri</p> <p>3) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2.	Hipertermi b.d Proses penyakit infeksi (D.0130)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil (L.14134)</p> <p>1) Suhu tubuh membaik (5)</p> <p>2) Suhu kulit membaik (5)</p> <p>3) Kadar glukosa darah membaik (5)</p> <p>4) Pengisian kapiler membaik (5)</p> <p>5) Ventilasi membaik (5)</p> <p>6) Tekanan darah membaik (5)</p>	<p>Manajemen Hipertermia (1.15506)</p> <p>Observasi</p> <p>1) Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas)</p> <p>2) Monitor suhu tubuh</p> <p>3) Monitor kadar elektrolit</p> <p>4) Monitor haluaran urine</p> <p>5) Monitor komplikasi akibat hipertermia</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Sediakan lingkungan yang dingin</p> <p>2) Longgarkan atau lepaskan pakaian</p> <p>3) Basahi dan kipasi permukaan tubuh</p> <p>4) Berikan cairan oral</p> <p>5) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika</p>

			<p>mengalami peridosis (keringan berlebih)</p> <p>6) Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)</p> <p>7) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin</p> <p>8) Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu</p>
3.	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan Toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil (L.05047)</p> <p>1) Frekuensi nadi meningkat (5)</p> <p>2) Saturasi oksigen meningkat (5)</p>	<p>Manajemen Energi (1.05178)</p> <p>Observasi</p> <p>1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>2) Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>3) Monitor pola dan jam tidur</p> <p>4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan</p>

		<p>3) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat (5)</p> <p>4) Kecepatan berjalan meningkat (5)</p> <p>5) Jarak berjalan meningkat (5)</p> <p>6) Kekuatan tubuh bagian atas meningkat (5)</p> <p>7) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat (5)</p> <p>8) Toleransi dalam menaiki tangga meningkat (5)</p>	<p>selama melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif</p> <p>3) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</p> <p>4) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Anjurkan tirah baring</p> <p>2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>4) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p>
4.	Resiko infeksi (D.01420)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan Resiko Infeksi	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor tanda dan</p>

		<p>menurun dengan kriteria hasil (L.14137):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam menurun (5)</li> <li>2. Kemerahan menurun (5)</li> <li>3. Nyeri menurun (5)</li> <li>4. Bengkak menurun (5)</li> </ol>	<p>gejala infeksi lokal dan sistematik</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2. Berikan perawatan kulit pada area adema</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>3. Ajarkan etika batuk</li> <li>4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ol>
5.	<p>Gangguan eliminasi urine b.d disfungsi eliminasi urine (D.0040)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24jam diharapkan gangguan eliminasi urine membaik</p>	<p>Manajemen eliminasi urine(I.0415)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau</li> </ol>

		<p>dengan kriteria hasil (L.04034):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi BAK membaik (5)</li> <li>2. Karakteristik urine membaik (5)</li> </ol>	<p>inkontinensia urine</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine</li> <li>3. Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat waktu – waktu haluaran berkemih</li> <li>2. Batasi asupan cairan, jika perlu</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih</li> <li>2. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine</li> <li>3. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih ajarkan terapi modalitas penguatan otot – otot panggul/berkemihan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian</li> </ol>
--	--	--	---

			obat supositoria uretra, jika perlu
--	--	--	--

#### 2.3.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan, SIKI (2018).

Implementasi adalah Tindakan keperawatan menggambarkan tindakan mandiri, kolaborasi dan ketergantungan sesuai dengan rencana keperawatan yaitu observasi terhadap setiap respons pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan. Implementasi tindakan keperawatan bertujuan untuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan mekanisme koping. Implementasi tindakan keperawatan bersifat holistic dan menghargai hak-hak pasien. Implementasi tindakan keperawatan melibatkan partisipasi aktif pasien, Nursalam (2020).

#### 2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Penilaian terakhir proses keperawatan didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dari kriteria hasil yang telah ditetapkan, yaitu terjadinya adaptasi pada individu. Evaluasi dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP. Evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang diberikan mengacu kepada tujuan dan kriteria hasil, Nursalam (2020).