## LAMPIRAN

1. **Lembar Pengkajian**

|  |  |
| --- | --- |
| Pengkajian Keperawatan Pasien di IGD RSUD Muara Teweh | Nama : Tn. M  No. RM : 13.71.XX  Jenis Kelamin : (√ ) Laki-Laki  ( ) Perempuan |
| Tanggal : 8 juli 2024 Jam : 08.00 WIB | |
| Sumber Data :  (√ ) Pasien (√) Keluarga () Lainnya  Rujukan :  () Ya ( ) Tidak (√ ) RS Muara Teweh ( ) Puskesmas  ( ) Dokter….  Diagnosis : ISK, Hipertensi  Pendidikan Pasien :  ( ) SD ( ) SMP () SMA ( ) D3( ) S1(√ ) Lainnya  Pekerjaan Pasien : PNS  Usia : 50 Tahun | |

1. **Keluhan Utama**

Pasien mengatakan nyeri saat berkemih (BAK), dorongan kuat berkemih, kencing tidak lancar keluar sedikit- sedikit (dysuria) terasa terbakar, nyeri pinggang sebelah kanan, nyeri tekan perut bawah, kandung kemih teraba kencang, nyeri memberat saat bergerak, sulit tidur. Klien tampak meringis kesakitan. P:ISK, Q: Nyeri BAK R: Nyeri pinggang kanan menjalar ke kandung kemih, S: Sedang dengan skala 5, T: Hilang timbul (nyeri bertambah ketika perubahan posisi).

1. **Riwayat kesehatan**
2. Riwayat kesehatan sekarang

Pada tanggal 08 Juli 2024 seorang laki – laki bernama Tn. M usia 50 tahun dibawa oleh keluarganya ke IGD RSUD Muara Teweh dengan keluhan nyeri BAK, BAK terasa terbakar (panas), nyeri pinggang kanan, kandung kemih teraba kencang, nyeri bertambah bila beraktivitas, pusing, dan istirahat kurang. Pasien telah dilakukan tindakan pemasangan infus, pemberian injeksi maupun oral dan pemeriksaan laboratorium di IGD di dapatkan hasil urine lengkap (kultur urin) terdapat infeksi bakteri positif. Setelah mendapatkan therapi di IGD, Selanjutnya pasien di tempatkan di Ruang Rawat Inap Teratai ( Ruang Perawatan Bedah ) dan direncanakan untuk pemeriksaan USG Abdomen yang di setujui oleh pasien dan keluarga.

1. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga mempunyai riwayat menderita penyakit hipertensi (ibu pasien), Keluarga pasien juga mengatakan bahwa di dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai alergi baik obat-obatan maupun makanan.

1. GENOGRAM

Keterangan:

: Laki-laki

: Perempuan

: garis keturunan

: Pasien

1. **Pemeriksaan fisik**
2. Sistem pernafasan

Jalan nafas:

( √) Bersih ( ) Sumbatan

Pernafasan:

RR : 24 x/menit

SPO2 : 99%

Irama Napas : ( √ ) reguler ( ) ireguler

Suara napas : ( √ ) Vesikuler

( ) snoring

( ) gurgling

( ) stridor

Pola Napas : (√ ) Eupnea

( ) takipnea

( ) kusmaul ( ) bradipneu

( ) cynes stoke ( ) dispnea

Penggunaan otot bantu nafas : ( √ ) tidak ( ) ya

Cupping hidung : ( √ ) tidak ( ) ya

Terpasang ETT : ( √ ) tidak ( ) ya

Terpasang ventilator : ( √ ) tidak ( ) ya

Mode :

TV :

RR :

PEEP :

I:E :-

FiO2 :

∆Psupp:

Flow:

Irama : ( ) tidak teratur ( √ ) teratur

Kedalaman : ( ) tidak teratur ( √ ) teratur

Perkusi : ( √ ) teratur ( ) hipersonor

Suara paru : ( √ ) vesikuler ( ) wheezing

Sputum : ( √ ) tidak ada ( ) ada

Konsistensi : ( √ ) tidak ada ( ) ada

Masalah Keperawatan: tidak ada

1. **Sistem Kardiovaskuler**

Sirkulasi Perifer

Nadi : 99 x/menit

Tekanan darah : 180/110 mmHg

MAP : 65 mmHg

Pulsasi : ( √ ) kuat ( ) lemah

(√ ) teratur ( ) tidak teratur

( √ ) cepat ( ) lambat

CRT : ( √ ) > 2 detik ( ) < 2 detik

Akral : ( √ ) hangat ( ) dingin

Suhu :36,80C

Warna kulit : ( ) kemerahan ( √ ) pucat ( ) cyanosis

Sirkulasi Jantung

Irama : ( ) tidak teratur ( √) teratur

Ictus cordis : ( ) terlihat ( √ ) tidak terlihat

PMI : ( ) tidak teraba ( ) teraba

Lokasi :...........................

Perkusi : ( √ ) pekak ( ) redup

Suara Jantung : ( √ ) S1 S2 tunggal ( ) gallop

( ) murmur

Kardiomegali : ( ) ya ( √ ) tidak

Gambaran EKG : ( ) Sinus Rythm ( ) Sinus Takikardi

( ) Sinus Bradikardi ( ) Supra Ventrikular Takikardi

( ) AV Blok derajat 1 ( ) Supra Ventrikular Ekstra Sistol

( ) Atrial Fluter ( ) Atrial Fibrilasi

( ) Pacing Non Capture ( ) AV blok derajat 2

( ) AV blok derajat 3

Nyeri dada : ( √) tidak ( ) ya, Lama: ..............................

JVP : ( ) meningkat (> 4cm) ( √) normal (< 4cm)

Perdarahan : ( √ ) tidak ( ) ya, Area perdarahan:.......................

Jumlah : .............................cc/ jam

Masalah Keperawatan: tidak ada

1. **Sistem saraf pusat**

Kesadaran : ( √ ) Composmentis ( ) Apatis

( ) Somnolent ( ) Soporocoma ( ) Koma

GCS :Eye:4 Verbal:5 Motorik: 6

Skala Sedasi

Ramsay scale : ( √ ) R1 : cemas, gelisah

( ) R2 : kooperatif, tenang

( ) R3 : hanya berespon terhadap perintah

( ) R4 : respon cepat terhadap ketukan di dahi

atau suara keras

( ) R5 : respon lambat terhadap ketukan di dahi

atau suara keras

( ) R6 : tidak ada respon

Kekuatan otot : 5 5

5 5

Masalah Keperawatan: tidak ada

1. **Sistem Gastrointestinal**

Distensi : ( √ ) tidak ( ) ya

Asites : ( √ ) tidak ( ) ya

Lesi : (√ ) tidak ( ) ya

Bising Usus :10 x/menit

Peristaltik : ( ) tidak ( √) ya, lama: 10 - 12x/menit

Defekasi : ( ) tidak normal ( √) normal

Perkusi : ( √ ) tympani ( ) hipertympani

Hepar : ( ) membesar ( √) tidak

Limpa : ( ) membesar ( √ ) tidak

Kandung kemih : ( √ ) distensi ( ) tidak

Nyeri tekan : ( √ ) ya ( ) tidak

Masalah Keperawatan: **Nyeri akut**

1. **Sistem Perkemihan**

Warna : ( ) bening ( √ ) kuning keruh ( ) merah ( ) kecokelatan

Distensi : ( ) tidak ( √ ) ya

Penggunaan catheter urin : ( √ ) tidak ( ) ya

No. Catheter urin : -

Jumlah urin : cc/ jam Frekuensi : 3 - 4 x / jam

Masalah Keperawatan: **Gangguan eliminasi urin**

1. **Obstetri & Ginekologi**

Hamil : ( √ ) tidak ( ) ya, HPHT :......................................

Keluhan : tidak ada

Keterangan: tidak ada

MasalahKeperawatan: tidak ada

1. **Sistem Hematologi**

Perdarahan : ( ) gusi ( ) nasal ( ) pethecia ( ) ekimosis

Lainnya : tidak ada

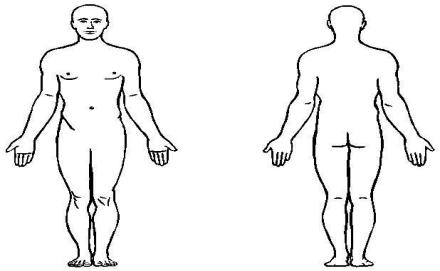
Masalah Keperawatan: tidak ada

1. **Sistem Muskuloskeletal & Integument**

Turgor kulit : ( ) tidak elastis ( √) elastis

Terdapat luka : (√ ) tidak ( ) ya,

Lokasi luka:..........................



Fraktur : ( √ ) tidak ( ) ya,

Lokasi fraktur :..........................................................................

Kesulitan bergerak : ( ) tidak ( √ ) ya

Penggunaan alat bantu : ( √) tidak ( ) ya, Nama alat: .....................

Edema : - -

- -

Derajat pitting edema : (-)

Lainnya :

Masalah Keperawatan: tidak ada

1. **Alat invasif yang digunakan**

Drain/ WSD : ( √) tidak ( ) ya, Warna:...................... Jumlah:..................cc/jam

IV Line : ( ) tidak ( √ ) ya Lokasi: vena metacarpal sinistra

NGT : ( √ ) tidak ( ) ya, Warna: -

Jumlah:..................cc/jam

Lainnya :

Masalah Keperawatan : tidak ada

1. **Riwayat psikososial & spiritual**

Psikososial

( √) Tidak ada gangguan psikologi ( ) Ada gangguan psikologi

Koping : ( √) menerima( ) menolak ( ) kehilangan ( ) mandiri

Afek : ( √ ) gelisah ( ) insomnia ( ) tegang ( ) depresi

HDR : ( ) emosional ( ) tidak berdaya ( ) rasa bersalah

Persepsi penyakit : ( √ ) menerima ( ) menolak

Hubungan keluarga harmonis : ( ) tidak ( √) ya

Spritual

Kebiasaan keluarga/ pasien untuk mengatasi stres dari sisi spiritual:

Apabila ada stress pasien dan keluarga biasanya berdoa bersama

1. **Resiko cedera/ jatuh**

( √ ) tidak ( ) ya

Morse Fall Scale :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kriteria** | **Skor** |  |
| Riwayat jatuh kurang dari 3 bulan terakhir | Ya : 25  Tidak : 0 | 0 |
| Diagnosis lainnya | Ya : 15  Tidak : 0 | 0 |
| Bantuan berjalan | Furnitur : 30  Crutch, walker : 15  Tidak tirah baring, dapat berjalan, bantuan minimal : 0 | 0 |
| IV line | Ya : 20  Tidak : 0 | 20 |
| Cara Berjalan | Terganggu : 20  Lemah : 10  Normal : 0 | 10 |
| Status Mental | Lupa keterbatasan : 15  Mengetahui kemampuan diri : 0 | 0 |
| **TOTAL** | | 30 |

Catatan :

0 – 24: resiko jauh ringan

25-50 : **resiko jatuh sedang**

>51: resiko jatuh tinggi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kriteria** | **Skor** |  |
| Usia | Lebih dari 80 tahun : 0  Lebih dari 60 tahun : 1  Kurang dari 60 tahun : 2 | **2** |
| Riwayat jatuh | Tidak pernah : 0  <1 bulan : 1  >1 bulan : 2  Pirawat sekarang : 3 | 0 |
| Aktivitas | Mandiri : 0  Dibantu sebagian : 1  Dibantu penuh : 2 | 1 |
| Mobilitas | Mandiri : 0  Dengan alat bantu berpindah : 1  Koordinasi/keseimbangan buruk : 2  Dibantu sebagian : 3  Dibantu penuh : 4 | 3 |
| Defisit Sensori | Kacamata bukan bifokal : 0  Kacamata bifokal : 1  Kacamata multifokal : 2  Gangguan pendengaran : 3  Katarak/Glukoma : 4  Tidak dapat melihat : 5 | 0 |
| Kognisi | Orientasi baik : 0  Kesulitan untuk mengerti perintah : 1  Gangguan memori : 2  Kebingungan : 3  Disorientasi : 4 | 0 |
| Pola BAB/BAK | Teratur : 0  Inkontinensia urin/feces : 1  Nokturia : 2  Urgensi frekuensi : 3 | 1 |
| Pengobatan | >4 jenis : 0  Anti hipertensi/ hipoglikemia/ antidepresan : 1  Sedasi/ psikotropika/narkotika : 2  Infus epidural/spinal : 3 | 1 |
| Komorbiditas | DM/Jantung/Stroke/ISK : 0  Gangguan saraf pusat/parkinson : 1  Paska bedah 0-24 jam : 2 | 0 |
| **TOTAL** | | 8 |

1. **Status fungsional**

Aktivitas dan Mobilisasi : ( ) mandiri ( √ ) perlu bantuan

Alat bantu : tidak ada

Skala Ketergantungan : ( ) mandiri ( ) total care ( √ ) patial care

Skala Aktivitas : 2

Keterangan:

|  |  |
| --- | --- |
| **SkalaAktivitas** | **Keterangan** |
| Tingkat 0 | Mampu merawat diri sendiri secara penuh |
| Tingkat 1 | Memerlukan penggunaan alat |
| Tingkat 2 | Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain |
| Tingkat 3 | Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain dan peralatan |
| Tingkat 4 | Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan |

**Resiko Dekubitus ( Skala Norton)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Item | Deskription | Score |  |
| Keadaan Fisik | Baik | 4 |  |
| Cukup | 3 | 3 |
| Buruk | 2 |  |
| Sangat Buruk | 1 |  |
| Kesadaran | Compos Mentis | 4 | 4 |
| Apatis | 3 |  |
| Sopor | 2 |  |
| Stupor/ Koma | 1 |  |
| Aktivitas | Mandiri | 4 |  |
| Dengan bantuan | 3 | 3 |
| Hanya bisa duduk | 2 |  |
| Berbaring | 1 |  |
| Mobilitas | Bergerak bebas | 4 |  |
| Sedikit terbatas | 3 |  |
| Sangat terbatas | 2 | 2 |
| Tidak bisa bergerak | 1 |  |
| Inkoninensia | Tidak ada | 4 |  |
| Kadang-kadang | 3 | 3 |
| Sering | 2 |  |
| Inkontinensia urin dan alvi | 1 |  |
| **TOTAL** | | | 14 |

Catatan :

< 14 : Resiko tinggi

**<** 12 : Resiko sedang

**>14 : Resiko rendah**

1. **Skala Nyeri**

Nyeri :

( √ ) Ya ( ) Tidak

( ) Nyeri akut Lokasi : nyeri BAK Durasi : 4 hari

( ) Nyeri kronis Lokasi : ………. Durasi : ……….

Score nyeri (0-10) : 5 ( nyeri sedang)

Nyeri hilang :

( √ ) Minum obat ( ) Istirahat ( ) Mendengar musik ( ) UbahPosisi

( ) Lain-lain : ……….

Nyeri mempengaruhi :

( √ ) Tidur ( ) Aktivitas fisik ( ) Emosi ( ) Konsentrasi

( ) Nafsu makan ( ) Lainnya : ……….

*Numerical Rating Scale* (NRS)

Keterangan :

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

**Hasil Pemeriksaan Urin Rutin**

Tanggal 8 juli 2024

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pemeriksaan Urin Rutin | Hasil | Normal |
| 1. Makroskopik Kejernihan Warna Kimiawi    * Protein    * Reduksi    * Urobilin    * Bilirubin    * Darah 2. Mikroskopik    * Epitel    * Leukosit    * Eritosit    * Silinder    * Kristal   - Bakteri/jamur | Keruh Kuning  (+)PositifNegatif (-) Negatif  (-) Negatif  (+ ) Positif  0-2  0-2  5-8  (-) Negatif (-) Negatif (+) positif | Jernih Putih jernih  Negatif Negatif  Negatif  Negatif  <3 / LPB  <3 /LPB  <3 /LPB  Negatif Negatif Negatif |

**Hasil pemeriksaan USG Abdomen (8 juli 2024)**

|  |
| --- |
| Ukuran normal, echoparenchyme normal,batas corteks medula jelas,tak tampak pembesaran PCS,tak tampak penebalan dinding,tak tampak batu / massa. |

**Study Drug**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nama Obat** | **Dosis** | **Indikasi Pemberian Obat** | **Kontraindikasi Obat** | **Efek Samping** | **Nursing Consideration** |
| 1 | Ketorolac | 30 mg Dosis tunggal/ ekstra | Ketorolac merupakan antiinflamasi non-steroid (OAINS) yang memiliki indikasi sebagai tata laksana nyeri akut intensitas sedang–berat | Pasien dengan gangguan ginjal berat atau pasien yang berisiko  menderita gagal ginjal.  Hipersensitif terhadap ketorolac trometamol, pernah menunjukkan reaksi alergi terhadap aspirin atau obat AINS lainnya | Ketorolac memiliki beberapa efek samping, antara lain perdarahan gastrointestinal, meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular, dan reaksi hipersensitivitas | 1. Kaji reaksi obat 2. Observasi waktu pemberian setelah makan |
| 2. | Urotractin | 2 x1 tab | Obat ini digunakan untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri seperti infeksi saluran kemih, infeksi saluran cerna. | Obat ini dikontraindikasikan pada pasien yang diketahui alergi terhadap kelompok antibiotik sefalosporin. | bengkak, kemerahan, dan rasa nyeri di tempat injeksi.  Demam.Panas dingin.Diare.Batuk.Sesak napas.Nyeri dada.Sakit tenggorokan.  Luka atau sariawan di bibir atau di mulut.Perdarahan atau memar yang tidak biasa. Kelelahan atau kelemahan yang tidak biasa | 1. Kaji Alergi obat 2. Observasi setelah pemberian obat |
|  | | | | | | |
| 3 | Sucralfat syrup | 10 ml  PO | Untuk mengatasi dispepsia, tukak lambung, gastritis kronis, GERD dan pendarahan pada saluran cerna. | Tidak dianjurkan untuk ibu hamil dan menyusui | Hiperglikemia, Gangguan saraf, pusing, nyeri punggung, insomnia, sembelit, diare, kembung, mual, muntah, pruritus,urtikaria dan anafilaksis. | 1. Golongan obat keras 2. Dikonsumsi oleh dewasa 3. Diberikan 30 menit hingga 1 jam sebelum makan atau 2 jam setelah makan agar bekerja secara efektif |
| 4 | Furosemide | 20 mg | Furosemide berfungsi untuk menurunkan tekanan darah tinggi, mencegah stroke,serangan jantung dan gangguan ginjal. | Hipersensitivitas terhadap furosemid dan sulfonamide, anuria, gagal ginjal. | Kram otot, pusing, sakit kepala, hipotensi, lemah, lesu, gelisah, mulut kering. | 1. Kaji TTV 2. Observasi sebelum pemberian obat 3. Berikan suntikkan secara perlahan (lebih dari 1 2 menit) |
| 5 | Amlodipine | 10 mg | Amlodipin berfungsi menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi.pengobatan nyeri dada kronis (angina pektoris) Amlodipine dapat digunakan sebagai obat Tunggal atau dikombinasikan dengan obat lain. | Penggunaan pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap obat ini.Amlodipine sebaiknya tidak digunakan pada pasien dengan syok kardiogenik, stenosis aorta berat, angina tidak stabil, hipertensi berat, gagal jantung dan gangguan hepar. | Kelelahan, mual, sakit perut, dan mengantuk | 1. Pemeriksaan tekanan darah secara rutin 2. Observasi sebelum pemberian obat |
| 6 | Paracetamol | 500 mg | Paracetamol digunakan untuk meredakan nyeri ringan hingga sedang seperti sakit kepala, sakit gigi, nyeri otot, serta menurunkan demam. | Paracetamol jangan diberikan kepada penderita hipersensitifitas / alergi terhadap paracetamol. Penderita gangguan fungsi hati berat. | Paracetamol memiliki efek menghambat pembentukan prostaglandin, namun kerjanya dalam menghambat enzim siklooksigenase, sakit perut, mual, muntah, reaksi alergi seperti gatal-gatal. | 1. Sebaiknya diminum sebelum makan 2. Bagi ibu hamil sebaiknya mengonsumsi paracetamol pada usia trisemester kedua |

**Diagnosa Keperawatan**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Diagnosa**  **Keperawatan** | **Tanda dan Gejala**  **Mayor** | **Tanda dan Gejala Minor** |
| Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik. (D.0077) | **Subjektif :**  1. Mengeluh nyeri  **Objektif :**   1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif(mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur | **Subjektif :**  (tidak tersedia)  **Objektif :**   1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri |
| Ganggun eliminasi urine b/d Penurunan kapasitas kandung kemih (D.0040) | **Subjektif :**   1. Desakan berkemih(urgensi) 2. Urine menetes (*dribbling)* 3. Sering buang air kecil 4. Nokturia 5. Mengompol 6. Enuresis   **Objektif :**   1. Distensi kandung kemih 2. Berkemih tidak tuntas (*hesitancy*)   Volume residu urine meningkat | **Subjektif :**  (tidak tersedia)  **Objektif :**  (tidak tersedia) |

Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN** | | |
| **TUJUAN /KRITERIA HASIL (SLKI)** | **INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)** | **RASIONAL** |
| 1. | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis ditandai dengan tampak meringis,bersikap protektif  **Gejala dan tanda mayor : Subjektif :**  1. Mengeluh nyeri  **Objektif :**  2.Tampak aktif   1. Bersikap protektif (mis. waspada, menghindari nyeri) 2. Gelisah 3. Frekuensi nadi meningkat 4. Sulit tidur   **Gejala dan tanda minor : Subjektif :**  1. (tidak tersedia)  **Objektif :**  1.Tekanan darah meningkat  2.Pola napas berubah | Setelah diberikan Intervensi keperawatan selama 1 x 3 jam, diharapkan pasien mampu menunjukkan:  **SLKI: Tingkat nyeri**  **(L.08066)**  **Ekspektasi : Menurun Level**  1.Meningkat  2.Cukup Meningkat  3.Sedang  4.Cukup Menurun  5.Menurun  **kriteria hasil**  1.Keluhan nyeri menurun  2.Meringis menurun  3.Kesulitan tidur menurun  4.Gelisah menurun  5.Ketegangan otot menurun  **Level**  1.Memburuk  2.Cukup Memburuk  3.Sedang | **SIKI**: **Manajemen Nyeri (I.08238)**  **Aktivitas keperawatan: Observasi**  1.Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, identitas nyeri  2.Identifikasi skala nyeri  3.Identifikasi respons non verbal  4.Identifikasi respon yang memperberat dan memperingan nyeri  5.Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri  6.Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri  7.Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup  8.Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan  9.Monitor efek samping penggunaan analgetik | 1. Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dari pasien 2. Mengetahui respon nyeri non verbal pasien 3. Mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pasien 4. Mengetahui seberapa besar rasa nyeri mempengaruhi hidup pasien 5. Mengetahui pengetahuan pasien tentang nyeri 6. Mengetahui adakah budaya yang mempengaruhi terhadap respon nyeri 7. Mengetahui pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 8. Mengetahui keberhasian terapi yang sudah diberikan 9. Mengetahui ada tidaknya |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 3.Nafsu makan berubah  4.Proses berpikir terganggu  5.Menarik diri  6.Berfokus pada diri sendiri  7.Diaforesis | 4.Cukup Membaik  5.Membaik  **kriteria hasil**  1.Frekuensi nadi membaik  2.Tekanan darah membaik  3.Pola tidur membaik | **Terapeutik**  1.Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri  2.Control lingkungan yang mempeberat rasa nyeri(mis.suhu ruangan, pencahayan, kebisingan)  3.Fasilitasi istirahat dan tidur  4.Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri  **Edukasi**  1.Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri  2.Jelaskan strategi meredakan nyeri  3.Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri  4.Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat  5.Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri  **Kolaborasi**  1. Kolaborasi pemberian analgetik,  jika perlu Intervensi pendukung: pemberian analgesik Tindakan | efek samping penggunaan analgetik   1. Mengurangi tingkat nyeri/mengalihkan pasien dari rasa sakitnya 2. Mengurangi resiko faktor yang dapat memperberat nyeri/menimbulkan nyeri 3. Mengalihkan dan   memmnuhi kebutuhan istirahat pasien   1. Memberikan informasi terkait nyeri yang dirasakan pasien 2. Membantu pasien mengatasi saat rasa nyeri muncul 3. Memudahkan pasien untuk mengontrol nyeri dengan cara sederhana 4. Membantu meredakan nyeri yang dirasakan |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. | Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan Penurunan kapasitas kandung kemih (D.0040)  **Gejala dan tanda mayor : Subjektif :**   1. Desakan berkemih (urgensi) 2. Urine menetes (Dribbling) 3. Sering buang air kecil 4. Nokturia 5. Mengompol 6. Enuresia   **Objektif :**   1. Distensi kandung kemih 2. Berkemih tidak tuntas (hesitancy) 3. Volume residu urine meningkat   **Gejala dan tanda minor : Subjektif :**   1. (Tidak tersedia)   **Objektif :**   1. (Tidak tersedia) | Setelah diberikan Intervensi keperawatan selama 1 x 3 jam, diharapkan pasien mampu menunjukkan:  **SLKI : Kontinensia urine**  **(L.04036)**  **Ekspektasi : Membaik Level :**  1.Meningkat  2.Cukup meningkat  3.Sedang  4.Cukup menurun  5.Menurun  6.Membaik  7.Memburuk  8.Cukup memburuk  9.Cukup membaik  **kriteria hasil :**  1.Kemampuan berkemih meningkat  2.Distensi kandung kemih menurun  3.Dribbling menurun  4.Frekuensi berkemih membaik  5.Sensasi berkemih membaik | **SIKI** : **Manajemen Eliminasi Urine** (**I.04152**)  **Observasi**  1.Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine.  2.Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine.   1. Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna )   **Terapeutik**   1. Catat waktu - waktu dan haluaran berkemih 2. Batasi asupan cairan, jika perlu 3. Ambil sampel urine tengah (*midstream)* atau kultur.   **Edukasi**  1.Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih   1. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine 2. Ajarkan mengambil spesimen urine *midstream* 3. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih 4. Ajarkan terapi modalis penguatan otot-otot panggul / berkemihan 5. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi 6. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur.   **Kolaborasi :**   1. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu | 1. Mengetahui masalah yang terjadi pada pasien  2.Mengetahui penyebab dari retensi urine  3.Mengetahui masalah yang terjadi pada pasien  4.Mengetahui karakteristik dari urine  5.Memberi pengetahuan resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien  6.Mengidentifikasi bakteri yang ada dalam urine Pasien  7.Mengetahui penyebab, gejala dan pengobatan ISK  8.Agar pasien dapat mengetahui cara mengukur dan mencatat asupan cairan  9.Agar haluaran urine pasientetap terpantau  10.Mengetahui jadwal dan waktu berkemih pasien  11.Meningkatkan pengontrolan otot panggul dan membantu relaksasi sfingter selama berkemih  12.Dengan menganjurkan minum yang cukup konsistensi, aroma, volume dan warna urine normal  13.Mencegah agar pola tidur pasien tidak terganggu  14. Untuk mengurangi terjadinya resiko nyeri berkemih |  |

**Implementasi Keperawatan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional | Implementasi | Evaluasi |
| Setelah diberikan Intervensi keperawatan selama 1 x 3 jam, diharapkan pasien mampu menunjukkan:  **SLKI : Kontinensia urine**  **(L.04036)**  **Ekspektasi : Membaik Level :**   1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 6. Membaik 7. Memburuk 8. Cukup memburuk 9. Cukup membaik   **kriteria hasil :**   1. Kemampuan berkemih meningkat 2. Distensi kandung kemih menurun 3. Dribbling menurun 4. Frekuensi berkemih membaik   Sensasi berkemih membaik | **SIKI** : **Manajemen Eliminasi Urine** (**I.04152**)  **Observasi**   * + - 1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine.       2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine.       3. Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna )   **Terapeutik**  Catat waktu - waktu dan haluaran berkemih  Batasi asupan cairan, jika perlu  Ambil sampel urine tengah (*midstream)* atau kultur.  **Edukasi**   * + - 1. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih       2. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine       3. Ajarkan mengambil spesimen urine *midstream*       4. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih       5. Ajarkan terapi modalis penguatan otot-otot panggul / berkemihan       6. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi       7. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur.   **Kolaborasi :**  Kolaborasi pemberian obat diuretik, jika perlu | * + - 1. Mengetahui masalah yang terjadi pada pasien   2.Mengetahui penyebab dari retensi urine   1. Mengetahui masalah yang terjadi pada pasien 2. Mengetahui karakteristik dari urine 3. Memberi pengetahuan resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien 4. Mengidentifikasi bakteri yang ada dalam urine Pasien 5. Mengetahui penyebab, gejala dan pengobatan ISK 6. Agar pasien dapat mengetahui cara mengukur dan mencatat asupan cairan 7. Agar haluaran urine pasien tetap terpantau 8. Mengetahui jadwal dan waktu berkemih pasien 9. Meningkatkan pengontrolan otot panggul dan membantu relaksasi sfingter selama berkemih 10. Dengan menganjurkan minum yang cukup konsistensi, aroma, volume dan warna urine normal 11. Mencegah agar pola tidur pasien tidak terganggu Untuk mengurangi terjadinya resiko nyeri berkemih | 1. Mengidentifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine. 2. Memonitor eliminasi urine (Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna ) 3. Mengajarkan pasien mengenal tanda dan gejala infeksi saluran kemih 4. Menganjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi 5. Menganjurkan mengurangi minum menjelang tidur. 6. Memberikan obat diuretik, inj furosemide 10 mg /iv (Jam 11.00 wib) | Evaluasi dilakukan Pukul 12.00 WIB  S:  Pasien mengatakan nyeri berkurang dan sering kencing  O: Skala nyeri 4   * TD: 150/80 mmHg * N: 88 x/ menit * R : 20 x/mnt * T : 36,2 c * Distensi Kandung kemih berkurang.   A: Gangguan eliminasi teratasi Sebagian  P:   1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine. 2. Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna ) 3. Batasi asupan cairan, jika perlu 4. Identifikasi skala nyeri 5. Kolaborasi Pemberian obat diuretik, inj furosemide 10 mg /iv |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional | Implementasi | Evaluasi |
| Setelah diberikan Intervensi keperawatan selama 1 x 3 jam, diharapkan pasien mampu menunjukkan:  **SLKI : Kontinensia urine**  **(L.04036)**  **Ekspektasi : Membaik Level :**   1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 6. Membaik 7. Memburuk 8. Cukup memburuk 9. Cukup membaik   **kriteria hasil :**   1. Kemampuan berkemih meningkat 2. Distensi kandung kemih menurun 3. Dribbling menurun 4. Frekuensi berkemih membaik   Sensasi berkemih membaik | **SIKI** : **Manajemen Eliminasi Urine** (**I.04152**)  **Observasi**   * + - 1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine.       2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine.       3. Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna )   **Terapeutik**  Catat waktu - waktu dan haluaran berkemih  Batasi asupan cairan, jika perlu  Ambil sampel urine tengah (*midstream)* atau kultur.  **Edukasi**   * + - 1. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih       2. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine       3. Ajarkan mengambil spesimen urine *midstream*       4. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih       5. Ajarkan terapi modalis penguatan otot-otot panggul / berkemihan       6. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi       7. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur.   **Kolaborasi :**  Kolaborasi pemberian obat diuretik, jika perlu | * + - 1. Mengetahui masalah yang terjadi pada pasien   2.Mengetahui penyebab dari retensi urine   1. Mengetahui masalah yang terjadi pada pasien 2. Mengetahui karakteristik dari urine 3. Memberi pengetahuan resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien 4. Mengidentifikasi bakteri yang ada dalam urine Pasien 5. Mengetahui penyebab, gejala dan pengobatan ISK 6. Agar pasien dapat mengetahui cara mengukur dan mencatat asupan cairan 7. Agar haluaran urine pasien tetap terpantau 8. Mengetahui jadwal dan waktu berkemih pasien 9. Meningkatkan pengontrolan otot panggul dan membantu relaksasi sfingter selama berkemih 10. Dengan menganjurkan minum yang cukup konsistensi, aroma, volume dan warna urine normal 11. Mencegah agar pola tidur pasien tidak terganggu Untuk mengurangi terjadinya resiko nyeri berkemih | 1. Mengidentifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine. 2. Memonitor eliminasi urine (Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna ) 3. Mengajarkan pasien mengenal tanda dan gejala infeksi saluran kemih 4. Menganjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi 5. Menganjurkan mengurangi minum menjelang tidur. 6. Memberikan obat diuretik, inj furosemide 10 mg /iv (Jam 11.00 wib) | Evaluasi dilakukan Pukul 12.00 WIB  S:  Pasien mengatakan nyeri berkurang dan sering kencing  O: Skala nyeri 4   * TD: 130/90 mmHg * N: 88 x/ menit * R : 20 x/mnt * T : 36,2 c * Distensi Kandung kemih menurun.   A: Gangguan eliminasi teratasi Sebagian  P:   1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine. 2. Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna ) 3. Batasi asupan cairan, jika perlu 4. Identifikasi skala nyeri 5. Kolaborasi Pemberian obat diuretik, inj furosemide 10 mg /iv |

Jurnal Pendukung

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Judul Penelitian | Peneliti | Metode Penelitian | Hasil Penelitian |
| 1. | Pengaruh teknik  Relaksasi nafas dalam. | (Gusti Ayu Putu Parwati, 2020) | Metode yang digunakan dalam studi kasus ini adalah metode deskriptif dengan pemaparan studi kasus melalui pendekatan asuhan keperawatan yakni pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. | Berdasarkan hasil penelitian pada hasil dan pembahasan memaparkan hasil dari kegiatan proses keperawatan yang dilakukan pada klien. Proses keperawatan dilakukan dengan tahapan dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi kemudian evaluasi keperawatan.  Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri (biologis) masalah teratasi sebagian. Intervensi dilanjutkan: informasikan kepada klien saat nyeri muncul, anjurkan untukmenggunakan teknik manajemen nyeri nonfarmakologi, kolaborasi dengan dokter untuk  pemberian analgesic. |
| 2. | Pengaruh aroma terapi lavender untuk menurunkan intensitas nyeri | (Mutia Anwar, 2019) | Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain eksperimen semu (quasy experiment design) yang diperluas dengan rancangan non- equivalent control group. Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan rumus analitik numerik tidak berpasangan dengan menggunakan penelitian terkait sebelumnya. Berdasarkan | Hasil penelitian pada kelompok intervensi menggambarkan rata-rata nilai skala sesudah pemberian aromatherapi lavender mengalami penurunan dari rerata 6.92 menjadi 3.83, dan dengan min-max 3- 5. Dapat dilihat bahwa rata- rata intensitas nyeri pada pasien isk dapat dikategorikan nyeri sedang dan nyeri ringan. Nyeri ringan adalah nyeri tidak mengganggu aktivitas mobilisasi atau secara obyektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik, tindakan |
|  |  |  | perhitungan yang telah dilakukan, diperoleh sampel sebesar 11 orang, dan jumlah responden yang digunakan dalam penelitian ini sejumlah 12 responden untuk masing-masing kelompok. | manual dirasa sangat membantu. teknik relaksasi aromatherapi lavender dengan benar dalam lama waktu latihan kurang lebih 15 menit, dan responden tidak memfokuskan semua perhatiannya pada nyeri yang dirasakan. |

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SUAKA INSAN PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS LEMBAR KONSULTASI**

**STIKES SUAKA INSAN BANJARMASIN**

**LEMBAR KONSULTASI TAHAP II STASE KEPERAWATAN KOMPREHENSIF**

**PRODI ILMU KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS ANGKATAN XI T.A 2023/2024**

**Nama : Yulitha Tarakolo,S. Kep**

**NIM : 113063J123095**

**Judul Laporan : ASKEP GADAR GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN ISK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN UTAMA NYERI AKUT PADA KLIEN TN. M DI IGD RSUD MUARA TEWEH**

| **NO** | **Tanggal/Waktu** | **Materi Konsultasi** | **Saran** | **Paraf Preseptor Akademik** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **8/07/2024**  **(11.00 wib)** | **Stase Komprehensif (GADAR)** | 1. **Konsul Judul dan BAB I** | **Bpk Warjiman** |
| **2** | **15/07/2024**  **(10.00 wib)** | **Stase Komprehensif (GADAR)** | 1. **BAB II Munculkan konsep Gadar** 2. **BAB III murni kasus** 3. **Tabel study drug ditambahkan** 4. **Analisa Data dibuatkan proses / rantai etiologi** 5. **Diagnosa keperawatan cukup 2 saja yaitu Nyeri akut dan gangguan Eliminasi urin.** | **Bpk Warjiman** |
| **3** | **25/07/2024** | **Ujian komprehensif**  **(penguji I)** | 1. **Ikuti pedoman , format dan penulisan sesuai panduan** 2. **Bab III di rapikan, margin kiri dan atas 4 cm, sedangkan margin kanan dan bawah 3 cm, ikuti pedoman.** 3. **Daftar Pustaka kalimatnya masih huruf besar semua itu diganti** | **Ibu Bernate** |
| **4** | **25/07/2024** | **Ujian komprehensif**  **(penguji II)** | 1. **Abstrak dijelaskan 5 tahap proses keperawatan** 2. **BAB I Di Latar belakang sampaikan urgency pada pasien ISK** 3. **BAB II Deskripsikan teori askep gadar** 4. **BAB III Fokus kan data pengkajian mengangkat dx nyari akut dan etiologi ambil satu masalah saja (sesuai SDKI)** 5. **BAB IV untuk askep gadar di IGD tidak ada perkembangan** | **Ibu Dyah** |
| **5** | **25/07/2024** | **Ujian komprehensif**  **(penguji III)** | 1. **Judul “ ISK” ditulis Infeksi Saluran Kemih** 2. **Gelar sr. Imelda diupdate (Ph.D)** 3. **Perhatikan penulisan, jarak dan spasi** 4. **BAB II uraikan saja tanpa judul** 5. **BAB III menguraikan secara singkat Askep Gadar Pada PX Tn. M** 6. **BAB IV Pembahasan apa saja yang dilakukan kepada px** | **Oktovin** |